

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° 255

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georgette BERNHEIM

Née le 14 mars 1900, à Pfstatt (Haut-Rhin)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES ÉTATS ANXIEUX

LA NÉVRAXITE DISSÉMINÉE

A FORME ANXIEUSE

Président : M. HENRI CLAUDE, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1929



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georgette BERNHEIM

Née le 14 mars 1900, à Pfastatt (Haut-Rhin)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES ÉTATS ANXIEUX

LA NÉVRAXITE DISSÉMINÉE

A FORME ANXIEUSE

Président : M. HENRI CLAUDE, *professeur.*

PARIS

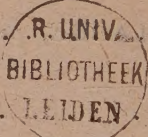
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1929

LES PROFESSEURS

	MM
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELbet.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeurs sans chaire.	BRANCA.
	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . Pathologie médicale
BINET Physiologie.
BLANCHETIERE Chimie biologique.
BROCQ Pathologie chirurgicale
BRULÉ Pathologie médicale.
CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
CHABROL . . . Pathologie médicale.
CHIRAY Pathologie médicale.
CLERC Pathologie médicale.
DEBRÉ Hygiène.
DOGNON . . . Physique.
DONZÉLOT . . Pathologie médicale.
DUVOIR Médecine légale.
ÉCALLE Obstétrique.
FIESSINGER . Pathologie médicale.
GARNIER . . . Pathologie expérimentale
GATELLIER . Pathologie chirurgicale
GIROUD Histologie
HARVIER . . . Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER Urologie.
HOVELACQUE . Anatomie.
HUTINEL . . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX Anatomie pathologique
LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
LHERMITTE . Pathologie mentale.
LIAN Pathologie médicale.
MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale
MERCIER (F.) Pharmacologie
METZGER . . . Obstétrique.
MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
MOURE Pathologie chirurgicale.
MULON Histologie.
OBERLING . . Anatomie pathologique.
OLIVIER . . . Anatomie.
PHILIBERT . . Bactériologie.
QUÉNU Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils . . Physiologie.
SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL. Obstétrique
VELTER Ophtalmologie
VERNE Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
GUENIOT Obstétrique.
LEQUEUX Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE . Parasitologie.

MM.

RETTERER . . . Histologie.
ZIMMERN . . . Physique
N Pathologie médicale

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LE LORIER . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Ce faible témoignage de notre
profonde affection et de notre
reconnaissance.*

A MA SŒUR

En témoignage d'affection.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI CLAUDE

Professeur de Clinique des maladies mentales et de l'encéphale
à la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
notre thèse.*

*Nous le prions d'agréer l'assu-
rance de notre respectueuse gra-
titude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. KLEINKNECHT

Médecin Chef des Hôpitaux Civils de Mulhouse
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a toujours guidée
avec une si grande bienveillance
dans nos études médicales.*

*En témoignage de notre infi-
nie gratitude et notre respec-
tueuse amitié.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LUCIEN HAHN

Bibliothécaire en Chef de la Faculté
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En reconnaissance de la bien-
veillance qu'il n'a cessé de nous
témoigner au cours de nos études
et de ce travail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. TARGOWLA

Ancien chef de clinique des maladies mentales
à la Faculté de Médecine

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et a bien voulu nous
aider de ses conseils.*

*En témoignage de notre pro-
fonde et respectueuse reconnais-
sance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ÉTATS ANXIEUX :
LA NÉVRAXITE DISSÉMINÉE
A FORME ANXIEUSE

DÉFINITION

« L'anxiété est un état d'incertitude, de trouble et d'agitation, avec sensation de gêne et de resserrement à la région précordiale, comprenant trois degrés : l'inquiétude, l'anxiété, l'angoisse » (Littre).

G. Lalanne l'envisage également ainsi :

Pour Brissaud il y a lieu de distinguer l'angoisse, phénomène physique, de l'anxiété, phénomène psychique, l'un pouvant exister sans l'autre.

Mais l'anxiété est un état émotif complexe, dont la symptomatologie, bien étudiée notamment par F. Heckel, Devaux et Logre, comprend à la fois :

1° *Des troubles moteurs* (asthénie motrice, vertige; tremblements, incoordination, altération de la parole);

2° *Des troubles circulatoires* (angoisse précordiale, spasmes, hypertension, modifications vaso-motrices);

3° *Des troubles respiratoires* (oppression, dyspnée, altération du rythme de l'amplitude);

4^o *Des troubles digestifs* (spasme gastrique, crampes, douleurs, diarrhées subites);

5^o *Des troubles sécrétoires* (polyurie, sialorrhée ou sécheresse de la bouche, hyperhydroses locales ou générales);

6^o *Des troubles affectifs et intellectuels* (inquiétude, ennui, défaut d'attention ou de mémoire, obnubilation de l'intelligence, intensité de la représentation mentale, pouvant aller jusqu'aux pseudo-hallucinations, désagrégation de la conscience, de la personnalité, mais par-dessus tout attente anxieuse avec phobies et obsessions).

Dans le cadre de ces états anxieux on peut isoler un ensemble particulier que caractérisent les éléments suivants :

1^o Un état grippal, une angine, un coryza suivis d'une phase prodromique de quinze à vingt jours ;

2^o L'éclosion subite de manifestations anxieuses bruyantes accompagnées de symptômes basedowiens, d'altérations sanguines et d'un syndrome de sclérose en plaques fruste;

3^o L'évolution soit vers la guérison avec persistance fréquente de séquelles nerveuses généralement très discrètes, soit vers un état subaigu ou chronique ;

4^o Son allure habituellement saisonnière.

HISTORIQUE

A l'époque primitive, où la croyance religieuse et la superstition étaient le principe des sociétés, l'on ne trouve pas encore de descriptions de manie ou de mélancolie. Les anciens Grecs appelaient leurs malades privés de raison *δεληπτοι*, *ενεργουμενοι*, *δαμονιδεληπτοι*, possédés des dieux, énergumènes, démoniaques.

Ce fut Hippocrate le premier qui décrivit la crainte, principal caractère à côté de la tristesse, de la mélancolie.

Puis Celse consacra quelques pages à la mélancolie en l'attribuant à l'atrabile.

Arétée de Cappadoce comprit nettement la différence entre la manie et la mélancolie. Il considère la première comme un trouble de l'intelligence, la deuxième comme, « une tristesse de l'âme qui concentre la pensée sur une idée fixe ». — Mais il croit que la mélancolie peut être un commencement ou une espèce de demi-manie. D'autre part il signale les symptômes qui accompagnent la mélancolie, constipation, rareté de l'urine, fétidité de l'haleine, petitesse du pouls, etc.

Plus tard Coelius Aurelianus insiste sur les mêmes

troubles en disant : « In melancholicis stomachus, in furiosis caput officitur ».

Après l'époque du moyen âge Boerhave et son commentateur van Swieten décrivent la manie et la mélancolie, et indiquent surtout la stupeur.

Cullen admet deux formes de folie primitive : la manie et la mélancolie.

Pinel décrit la mélancolie comme une des quatre folies.

Mais tous ces auteurs avaient confondu les psychoses sans gaité.

Ce fut Esquirol, le successeur de Pinel, qui en fit la scission en décrivant longuement la lypémanie, ou mélancolie avec délire.

Après avoir insisté sur le mot mélancolie, qui dans le langage vulgaire doit être laissé aux moralistes et aux poètes pour exprimer l'état habituel de tristesse de quelques individus », Esquirol arrive à la description suivante :

« Le lypémanique a le corps maigre et grêle, les cheveux noirs, le teint pâle, jaunâtre, les pommettes parfois colorées, la peau brune, noirâtre, aride et écailleuse ; tandis que le nez est d'un rouge foncé.

La physionomie est fixe et immobile, mais les muscles de la face sont dans un état de tension convulsive et expriment la tristesse, la crainte, la terreur ; les yeux sont fixes, baissés vers la terre ou tendus au loin, le regard est oblique, inquiet et soupçonneux. Si les mains ne sont pas desséchées, brunes, terreuses, elles sont gonflées, violacées.

Cet auteur trouve comme causes :

1° Les climats et saisons (automne) ;

2° L'âge (puberté, retour d'âge).

3° Les tempéraments prédisposés (les bilio-nerveux).

4° les professions et manières de vivre (jeûne, faim, onanisme).

Il connaît comme altérations physiques dans la lypémanie les suivantes :

1° Le déplacement du colon transverse ;

2° Les maladies abdominales ;

3° Les maladies pulmonaires.

Parmi les élèves d'Esquirol, Falret et Baillarger se sont beaucoup occupés de la manie et de la mélancolie. Ils décrivent des accès dont l'évolution est tout à fait caractéristique. Les accès isolés affectent une périodicité plus ou moins régulière, et sont généralement identiques entre eux, les accès conjugués s'associent selon divers modes qui permettent de décrire « la folie à double forme » (Baillarger). « la folie circulaire » (Falret). Entre les accès ces auteurs admettent généralement un intervalle lucide au sens strict du mot. Cependant, au fur et à mesure que la maladie progresse, l'intervalle lucide devient de plus en plus court et de moins en moins complet. La maladie évolue en une succession d'accès maniaques ou mélancoliques. Falret et Baillarger y indiquent aussi la stupeur, mais ils confondent l'anxiété avec la mélancolie.

En 1890, Magnan essaie de rattacher à la « Folie

intermittente » tous les cas de manie et de mélancolie récidivants, englobant ainsi dans une même dénomination tous les états d'excitation et de dépression qui n'appartenaient pas aux diverses psychopathies organiques, à la folie des dégénérés, à la mélancolie et à la manie idiopathiques. Cet auteur étudie l'hérédité de ces malades et pense qu'elle est moins grave chez les intermittents que chez les dégénérés. Il fixe la conception française de la folie périodique dans laquelle n'entrent point la manie et la mélancolie simples, idiopathiques, non récidivantes qui demeurent l'une et l'autre des entités au même titre que la folie intermittente.

Kraepelin, dans ces dernières années, a réuni dans une profonde étude psychologique la manie et la mélancolie dans une seule et même psychose, la « Folie maniaque dépressive ». Il a montré que la manie et la mélancolie, loin d'être des états contraires, sont des états homologues caractérisés l'un et l'autre par la diminution de l'attention volontaire, le ralentissement de l'association des idées, l'insuffisance des perceptions et l'indifférence émotionnelle. La paralysie des facultés psychiques supérieures se rencontre donc dans la manie comme dans la mélancolie, mais dans la première les facultés psychiques automatiques sont exaltées, tandis qu'elles sont inhibées, comme les supérieures, dans la mélancolie.

D'autre part, d'après Kraepelin, il n'y a pas de manie et de mélancolie simples : en effet, leurs

symptômes sont semblables à ceux de la manie et de la mélancolie périodiques ; ils récidivent toujours ; les accès ne sont jamais uniquement maniaques ou mélancoliques, mais toujours à double forme ; enfin les malades présentent à la fois des symptômes de manie et de mélancolie, des états mixtes.

La folie maniaque dépressive peut donc se définir une « psychose constitutionnelle, essentiellement héréditaire, caractérisée par la répétition, l'alternance, la juxta-position ou la coexistence d'états d'excitation ou de dépression » (Deny et Camus).

D'autres auteurs s'attaquent à l'anxiété à part, envisagent une anxiété pure. Freud, s'inspirant des travaux de Charcot et de Bernheim, décrit sa *Névrose d'Angoisse* (Angstneurose), qu'il sépare nettement de la neurasthénie, et à laquelle il donne une étiologie sexuelle plus ou moins apparente. Il est dit dans ce travail : « J'appelle cet ensemble de symptômes névrose d'angoisse, parce que tous ses éléments se laissent grouper autour du symptôme essentiel de l'angoisse, parce que chaque élément a un certain rapport avec l'angoisse ». Il donne, plus loin, comme symptômes de cette image :

L'irritabilité générale, caractérisée surtout par une hyperesthésie auditive.

L'attente anxieuse, qui est le symptôme essentiel. Celle-ci peut se manifester par un penchant pour les remords, des scrupules.

« On pourrait dire qu'il y a une certaine quantité

d'anxiété, régnant sur l'imagination dans une sorte d'attente, et, qui pourrait se lier à chaque moment à un incident quelconque. « Cette anxiété latente, peut provoquer des crises d'angoisse, simulant des véritables crises d'asthme, ou bien encore des petites crises que Freud appelle des « équivalents de crises d'angoisse », avec troubles cardiaques, arythmie, pouvant simuler des affections du cœur, crises diarrhéiques, crises de paresthésie, de peurs nocturnes, de « congestion ». Ce psychiatre viennois proclame la nécessité de rechercher et de découvrir dans le subconscient les complexes émotifs d'ordre sexuel, qui ont donné naissance à ces états pathologiques.

Dans ces dernières années encore, le Dr F. Heckel, le Dr M. de Fleury, les Dr Devaux et Lagre ont approfondi la question de l'angoisse, l'un en écrivant *La Névrose d'Angoisse*, l'autre *l'Angoisse Humaine*, les derniers *Les Anxieux*, et tous ont insisté et sur les troubles psychiques et sur les troubles physiques accompagnant ce symptôme. Ils ont trouvé, comme Freud, des accès pouvant simuler de véritables maladies du cœur, de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif, etc.

Malgré la présence des signes physiques, signalés par tous ces auteurs, l'anxiété a toujours été considérée comme une psychose pure. Cependant les recherches de ces dernières années ont montré qu'elle s'accompagnait de troubles plus profonds, en particulier de modifications du système neuro-

végétatif, de modifications aux agents pharmacodynamiques.

M. Laignel-Lavastine, dans son travail intitulé *Sympathique et Névroses*, signale chez les anxieux une hyperexcitabilité du sympathique, un pH très augmenté, au-dessus de 7.

M. Santenoise trouve, de son côté, des anxieux vagotoniques, d'une part, des anxieux sympathicotoniques, d'autre part.

Il est d'ailleurs possible de grouper en un syndrome dans un certain nombre de cas un ensemble de signes caractéristiques, dont l'étiologie même dans les cas typiques peut être déterminée. Cette affection rappelle par certains côtés de sa symptomatologie et de son évolution le rhumatisme articulaire aigu et d'autre part le tableau clinique apparente nettement à la fois cette « névraxite » à certains cas de sclérose en plaques frustes au début et à l'encéphalite épidémique.

Cette névraxite, avec son syndrome d'angoisse, nous apparaît sous un jour nouveau depuis que M. Targowla avec Mlle Serin, en a fait l'étude en se basant sur quelques observations personnelles, dont l'étude préalable est tellement importante que nous ne jugeons nullement fastidieux de les citer en entier.

Nous nous proposons d'apporter dans cette thèse quelques cas nouveaux qui sont superposables à ceux décrits par M. Targowla.

Dans ce travail nous étudierons la névraxite dans

une première partie au point de vue symptomatologie, dans une deuxième partie au point de vue pathogénie, enfin la thérapeutique, les conclusions.

ÉTUDE CLINIQUE

OBSERVATION I

Marie D. . . , née B. . . , 50 ans, est admise à l'hôpital Henri-Rousselle, le 3 février 1927, avec le diagnostic de mélancolie anxieuse.

Un mois auparavant, elle avait eu une angine dont « elle ne s'était pas bien remise » : elle restait légèrement subfébrile, elle se plaignait surtout de fatigue, courbature, de maux de tête ; puis, depuis une huitaine de jours, elle était tombée dans une sorte de demi-mutisme, demeurant taciturne, inerte ; enfin, depuis 4 jours, au contraire, elle parlait continuellement, déraisonnait, disait qu'on l'accusait d'un vol, parlait de se jeter à l'eau ; cette agitation inquiète et volubile revenait par accès. La veille de son entrée, elle eut en outre plusieurs crises de rire incœrcible et sans cause, et dit qu'elle se sentait devenir folle.

Dans le service, elle se présenta d'abord comme une femme extrêmement pâle, au masque anxieux caractéristique, immobile dans son lit, ne répondant à aucune question, refusant tout aliment. Cet état s'accompagnait d'insomnie. Au bout de quelques jours, elle devint brusquement agitée, turbulente, témoignant d'une inquiétude continue, anxieuse, oppressée, incapable de rester dans son lit, errant

sans cesse dans le dortoir, s'accrochant aux infirmières en proférant des supplications, pleurant et se lamentant. Elle parlait beaucoup, bien que les processus intellectuels fussent ralentis et l'attention difficile à fixer, s'accusait d'être indigne et d'avoir commis de multiples fautes ; elle avait été orgueilleuse et criminelle, n'avait pas élevé ses enfants chrétiennement, avait mal soigné son ami parce qu'elle ne voulait pas avoir l'air de ce qu'elle était... on ne lui pardonnait pas... elle allait mourir, mais redoutait les supplices et demandait qu'on lui fit une piqûre pour l'achever sans souffrance. Elle suppliait qu'on écoutât ses explications, puis restait muette, angoissée, incapable d'exprimer son anxiété. C'est parce qu'elle était coupable qu'on la regardait, qu'on faisait des signes, qu'on parlait d'elle... sans doute, on complotait contre elle, on l'accusait d'avoir donné des renseignements aux ennemis ; mais c'était malgré elle, sans savoir ; d'avoir lu le mot « Allemand » dans un journal, cela l'avait éclairée sur ce qui se trouvait autour d'elle... Elle entendait parler d'elle au loin, par T.S.F. probablement, mais ne saisissait pas très bien ce qui se disait ; sans doute aussi agissait-on sur sa pensée... tout lui paraissait étrange, changé, anormal... des coups frappés dans la pièce voisine étaient les bois de la guillotine que l'on montait, le radiateur représentait un appareil pour l'électrocuter... Surtout, gémissait-elle, qu'on ne tue pas mes enfants, ils ne sont pas coupables, eux.

Cette agitation anxieuse ponctuée de paroxysmes, ce resassement monotone d'idées délirantes mélancoliques, parfois absurdes, dura quelques jours, s'atténua, puis reparut après une période à peu près égale : un matin, on la trouve sous son lit, où elle s'était dissimulée pour échapper à ceux

qui venaient l'exécuter. Redevenue loquace, elle voit autour d'elle des gens qui ont trahi la France, des enfants qu'on a jetés dans les cabinets, s'accuse d'avoir laissé mourir sa sœur, sait qu'on va guillotiner ses enfants et s'inquiète, anxieuse « Est-ce que c'est vrai, tout ça ?... Ma tête s'en va... je suis forcée de penser à tout ça... Pourquoi me laisse-t-on là, à douter de tout ?... » L'évolution se poursuit ainsi, alternante, et l'état psychique de Mme D... est encore sensiblement stationnaire ; seule, l'excitation anxieuse, paroxystique, est un peu tombée, mais se réveille à la moindre conversation et les idées et les craintes sont restées identiques. L'asthénie, l'impuissance d'agir, la lenteur des mouvements sont extrêmement marquées.

Au point de vue somatique, on avait noté, à l'entrée, la vivacité des réflexes patellaires et la rapidité du pouls (104 par minute). L'examen ophtalmologique pratiqué le 8 février, par Mme Schiff-Wertheimer, n'avait révélé qu'une très légère déformation des pupilles et des papilles un peu rouges. Le 24 février, nous constatons que la malade parle du bout des lèvres, en faisant une sorte de moue assez caractéristique qui s'associe à une sonorité spéciale de la voix. Les réflexes rotuliens sont faibles à droite, abolis à gauche ; par contre le réflexe achilléen gauche est plus accentué que le droit. Les réflexes stylo-radiaux et olécraniens sont diminués, mais plus nets du côté droit. Tous les réflexes cutanés abdominaux sont absents ; le réflexe cutané plantaire se fait en extension, avec une ébauche d'éventail du côté droit, en extension du côté gauche. Enfin, nous observons quelques secousses nystagmiformes douteuses dans le regard à droite ; le lendemain, Mme Schiff-Wertheimer note : « fond

d'œil inchangé ; pas de modification des vaisseaux ni des bords papillaires. On arrive à provoquer quelques secousses lentes des globes oculaires vers la droite, rythmés, mais n'ayant pas les caractères du nystagmus vrai. » Le 1^{er} mars « fond d'œil normal ; papilles un peu rouges. Peut-être secousses nystagmiformes dans le regard vertical. » Le 12 mars, nous constatons la persistance des signes neurologiques déjà indiqués avec, en outre, abolition du réflexe stylo-radial, légère asynergie et quelques secousses à la fin des mouvements de grande amplitude pour le membre supérieur gauche.

Le 22 mars, Mme Schiff-Wertheimer note : « Nystagmus constant, lent, à grande amplitude. Réflexe photomoteur plus vif à gauche qu'à droite » ; sept jours plus tard, le « nystagmus est de nouveau beaucoup moins marqué ». Le 8 avril, la fiche d'examen oculaire mentionne : « Quelques vagues secousses nystagmiformes dans le regard à droite ; pas de nystagmus vrai : Fond d'œil normal », et le 6 mai : « pas de modifications du champ visuel : Nystagmus atypique ». A noter que, le 14 février et le 13 mai, l'épreuve calorique (pratiquée par M. Vincent) a montré l'excitabilité normale du labyrinthe.

Actuellement (juin) les réflexes achilléens restent faibles et inégaux (droit plus marqué) de même que les rotuliens (gauche aboli) et que les réflexes du membre supérieur ; il n'y a pas de clonus et le réflexe cutané plantaire se fait en flexion ; les réflexes cutanés abdominaux sont faibles, mais peuvent être provoqués. Une légère asynergie persiste et l'attitude de Romberg ne peut être maintenue, l'épreuve de l'index est négative. Le nystagmus est net dans le regard à

gauche et on note des secousses atypiques dans le regard à droite et en haut.

Les réactions de fixation et d'opacification (modification de Mutermilch) se sont montrées négatives avec le sérum. La ponction lombaire a donné les résultats suivants :

Dates	B. W.	Leuco	Alb.	R. Pandey	R. Weichbrock	R. el. par.	H. Bénjolin
5 fév. 1927.	0	2	0,35	0	0	0	00000.02000.00000-0
9 fév. 1927.	0	0,7	0,30	0	0	0	00000.02222.00000-0
21 juin 1927.	0	1,2	0,28	0	0	0	00000.00222.00000-0

La glycérine et la glycorachie recherchées simultanément ont été de :

Dates	Glycémie	Glycorachie	Rapport hémorachidien
5 février 1927....	1,36 ‰	0,98 ‰	0,75
3 mars 1927.....	1,25 ‰	0,84 ‰	0,67
9 avril 1927.....	1,14 ‰	0,71 ‰	0,62

L'examen hématologique, pratiqué à quatre reprises, a donné les résultats suivants :

	26 février	23 mars	25 mai	13 juin
Hématies	»	4.300.000	3.895.000	3.620.000
Leucocytes	7.200	6.700	6.600	6.600
Lympho.....	26 %	10 %	19 %	29 %
Moyens mono.....	5 %	12 %	4 %	7 %
Grand mono.....	3 %	4 %	4 %	2 %
Neutrophiles	61 %	72 %	71 %	61 %
Basophiles	1 %	0 %	0 %	0 %
Eosinophiles	4 %	2 %	2 %	1 %
Hémoglobine.....	85 %	80 %	80 %	80 %

En outre, on a trouvé, le 25 mai, 7 % de grands lymphocytes et, aux autres quatre examens, une anisocytose marquée, une légère poïkylocytose, des hémato blasts normaux. Le 15 juin, la résistance globulaire se montrait augmentée (4,4 o/oo : début d'hémolyse ; 3,6 % : hémolyse totale).

L'épreuve de la glycémie adrénalinique a donné : 1 gr. 25 % avant, 1 gr. 82 une heure après l'injection sous-cutanée d'un milligramme d'adrénaline (glycosurie : o) ; par contre, l'injection d'un centigramme de morphine n'a provoqué aucune modification du sucre sanguin (1 gr. 25 o/oo).

L'azotémie est demeurée constamment normale (0,26 o/oo le 4 février ; 0,25 le 4 mars ; 0,26 le 23 mars ; 0,18 le 29 avril). La cholestérinémie a été trouvée de 3 gr. o/oo le 3 mars, 1 gr. 74 le 23 et 1 gr. 95 le 29 avril. Enfin le pH sanguin (méthode électrométrique) et la réserve alcaline ont été déterminés à deux reprises par M. Delaville, chef de laboratoire :

Dates	Pr	R. A.
8 février 1927	7,58	67 vol. 6
23 mars 1927.....	7,67	71 vol. 6

Au point de vue urinaire, le volume nycthé méral s'est montré diminué en général et on a trouvé de façon inconstante un excès d'urobiline et une très légère albuminurie. L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine est diminuée (38,5%).

Le test d'Aldrich et Mac Clure est normal.

OBSERVATION II

Germaine T..., veuve F..., née le 25 juillet 1884, venant de province, entre à l'hôpital Henri Rousselle le 5 mars 1927 avec le diagnostic de « psychose maniaque dépressive ; période dépressive avec réactions anxieuses ».

Elle avait présenté à diverses reprises, au cours de son existence, des accès de dépression ; en fait, l'interrogatoire ne révèle que des épisodes mal caractérisés survenus à l'occasion d'événements pénibles dont a été semée la vie de cette femme, demeurée veuve d'un mari mort tuberculeux peu de mois après son mariage, contrainte de travailler pour assurer son existence et celle d'un enfant, et qui, sur le point de se remarier, perdit son fiancé tué pendant la guerre.

Au début d'octobre 1926, elle avait eu « un gros rhume » qui avait traîné quelque temps ; vers la fin du mois, se manifesta un état progressif de dépression et d'asthénie ; elle se sentait incapable d'agir et dut interrompre son travail ; l'effroi que lui causait cette impuissance, s'accompagnait d'inquiétudes continuelles pour l'avenir et de la peur de la misère ; elle se plaignait de maux de tête, dormait mal la nuit et somnolait, au contraire, l'après-midi et le soir. Vers cette époque, elle accompagna son fils à Paris, où il venait poursuivre ses études ; elle éprouva à le quitter une violente angoisse et entra, dès ce moment, dans un état d'anxiété avec paroxysme. Elle était agitée, ne pouvait rester en place, ne dormait plus, ne mangeait plus ; tous les événements pénibles de sa vie lui revenaient continuellement à la

mémoire et elle était poursuivie sans cesse par des craintes et des pressentiments sinistres pour elle-même et son fils. Elle tenta de se suicider.

Son état s'était légèrement amendé lorsqu'elle vint à Paris pour consulter. Dans le service, elle se montre inquiète, angoissée, s'alimentant peu, ayant de l'insomnie, redoutant l'avenir, craignant d'être gravement malade et se plaignant constamment d'une grande fatigue, d'une incapacité d'agir et d'une impression de diminution intellectuelle, notamment pour la mémoire.

Elle quitta cependant le service, le 17 avril, très améliorée mais conservant encore un sentiment d'inquiétude vague et du tremblement qui s'exagérait un peu dans les grands mouvements des membres supérieurs.

La menstruation est restée constamment normale.

Au point de vue physique on avait noté à l'entrée un tremblement des extrémités, la rapidité du pouls, le regard brillant, le corps thyroïde un peu volumineux. Les réflexes tendineux étaient vifs aux quatre membres, mais plus accentués du côté droit que du côté gauche, le signe de Babinsky positif à gauche ; la malade ne pouvait maintenir l'attitude de Romberg.

A la sortie (16 avril) on constatait que les mouvements de la parole s'accompagnaient d'une sorte de moue et de trémulation de l'orbiculaire des lèvres ; il existait en outre un tremblement généralisé très marqué, ainsi que de l'instabilité du pouls. Les réflexes achilléen et rotulien gauches étaient plus forts que du côté droit, à l'inverse des réflexes tendineux des membres supérieurs ; il n'y avait pas de clonus. Le réflexe cutané plantaire se faisait en flexion à

droite ; il restait indifférent à gauche, mais les manœuvres de Schaeffer et d'Oppenheim provoquaient l'extension de l'orteil. L'épreuve de Romberg était négative, de même que la recherche de l'asynergie et de la dysmétrie ; cependant la diadococinésie se faisait moins correctement à droite et on pouvait constater quelques secousses nystagmiques.

Pendant son séjour dans le service, la malade avait été suivie au point de vue oculaire par Mme Schiff-Wertheimer : 8 mars. Légère anisocorie (droite plus grande), réflexe photomoteur assez vif, mais décontraction un peu lente ; la réaction pupillaire à l'accommodation — convergence, le réflexe consensuel existent. L'acuité visuelle est égale à $2/3$ pour chaque œil. Le fond d'œil est normal, mais avec une différence marquée entre la coloration des deux segments papillaires. Le champ visuel et l'appareil moteur sont normaux. « Après la convergence, secousses très rapides dans le regard à gauche. Nystagmus ? » 15 mars. — Tendance au nystagmus dans le regard à gauche, 25 mars. — Petites secousses inconstantes, dans le regard à gauche surtout, 8 avril. — Quelques petites secousses lentes dans le regard à gauche.

La ponction lombaire, pratiquée le 12 mars, a fourni les indications suivantes :

B. W.	Leuco	Alb.	R. Pandy	R. Weichbrodt	R. el. par.	R. Benjoin
0	18	0,40	Traces	0	—	10000.12220.00000-0

La réaction de fixation et la réaction de Meinicke (technique

dè Mutermilch) étaient négatives avec le sérum, l'azotémie de 0,20 ‰, la cholestérinémie de 1,95 ‰. Enfin l'examen hématologique a donné 4.100.000 hématies par millimètre-cube avec 80 % d'hémoglobine et 6.800 globules blancs dont 43 % de mononucléaires, 53 % de polynucléaires neutrophiles et 40 % d'éosinophiles.

Des nouvelles reçues récemment (juin) indiquent une atténuation très considérable des troubles psychiques et du tremblement, le retour du sommeil normal, mais la persistance d'une extrême fatigabilité d'anémie et l'apparition depuis 2 mois de paresthésies douloureuses dans les membres inférieurs, spécialement une sensation de fourmillements et d'engourdissement au niveau des extrémités.

OBSERVATION III

Mathilde P... femme F... née le 15 novembre 1896, couturière, est suivie d'abord du 9 mars au 21 avril 1927 à la consultation de l'hôpital Henri Rousselle par le Dr Petit. Elle présente un état d'anxiété constante avec subagitation, pleurs, lamentations, angoisse ; elle a une crainte constante de la mort pour elle et son enfant, véritable idée fixe qui ne la quitte jamais : « J'ai la mort en moi et mon enfant aussi », dit-elle. La nuit, elle ne dort pas et la même préoccupation anxieuse la poursuit : « Je vois toujours l'enterrement et le cimetière devant moi. » Elle craint d'avoir contracté une maladie vénérienne, d'avoir communiqué une maladie à son enfant par une fièvre quelconque, elle a peur que son cœur et celui de sa fille s'arrêtent et elle est obsédée par l'idée qu'elle a mal agi en laissant arracher une dent à l'enfant, que cela causera sa mort.

Ces troubles s'accompagnent d'inhibition psychique, de concentration douloureuse, d'indifférence, d'impossibilité d'accomplir un effort, elle ne prend plus soin d'elle-même, néglige son intérieur et ses occupations habituelles. Ils ont débuté brusquement, trois mois environ avant qu'elle se présentât à la consultation à la suite de l'avulsion dentaire faite à sa fille, la nuit elle a eu la fièvre et elle a ressenti un choc : c'est depuis ce moment qu'elle est malade. En fait, elle était déjà « fatiguée et triste » depuis plusieurs semaines.

Elle a de l'insomnie, a considérablement maigri, bien qu'elle mange beaucoup, dit le mari. Ses règles sont normales. La langue est étalée et saburrale. La malade accuse des secousses musculaires dans la cuisse droite et la paroi abdominale, des crampes dans la jambe droite elle présente un tremblement léger des extrémités supérieures plus marqué du côté droit. Les réflexes patellaires sont très vifs. Les pupilles sont en mydriase mais réagissent bien à la lumière.

Revue le 23 mars, après la thérapeutique sédative instituée par M. Petit, la malade se déclare légèrement améliorée ; elle dort mieux, n'a plus de myoclonies ni de tremblements.

Elle reste cependant triste, anxieuse et déprimée et entre dans le service le 21 avril à l'occasion d'une nouvelle poussée d'anxiété avec insomnie, illusions et interprétations, refus d'aliments, idées hypochondriaques : « J'ai quelque chose au cœur, dit-elle, et ça me remonte au cerveau. »

Elle aurait eu des vertiges et parfois aurait vu double,

elle accuse également des maux de tête prédominant à la nuque.

A l'examen, nous constatons un léger tremblement vibratoire des doigts, le pouls est à 96 par minute ; les yeux sont brillants, les pupilles dilatées. Il n'y a pas de trouble marqué de la convergence mais on met en évidence du nystagmus. Tous les réflexes tendineux et osseux sont vifs et plus marqués du côté gauche ; le réflexe cutané plantaire se fait inconstamment en extension à gauche en flexion à droite. Les réflexes cutanés abdominaux inférieurs et moyens sont abolis, de même que les réflexes tendineux de l'abdomen. L'épreuve de Romberg est positive ; il existe un léger degré d'asynergie et de dysmétrie du membre supérieur droit et la diadococinésie paraît moins bonne de ce côté.

La réaction de fixation est négative avec le sérum, le liquide céphalo-rachidien est normal.

Pendant son séjour dans le service, la malade présente des bouffées d'anxiété mais se montre surtout triste, déprimée, concentrée sur ses préoccupations douloureuses, incapable de se livrer à aucun travail, s'alimentant très mal. Il se manifeste néanmoins une légère amélioration, et Mme F..., plus calme, lucide, à demi-consciente de son état, est reprise par sa famille le 5 mai 1927.

L'examen oculaire pratiqué à ce moment par Mme Schiff-Wertheimer indique comme éléments pathologiques : mydriase ; fond d'œil normal mais légère dilatation des veines ; nystagmus inconstant dans le regard latéral, très exagéré par la convergence ; pas de rétraction de la paupière supérieure au repos, mais signe de Graefe positif, pas de signe de Stellwag, ébauche du signe de Moebius.

On constate, en outre, la persistance du tremblement des extrémités, la moiteur de la peau, la pâleur du visage. Il y a un léger entraînement pendant la marche, l'épreuve de Romberg est positive et on peut mettre en évidence par les épreuves habituelles un léger tremblement intentionnel accompagné d'asynergie aux membres supérieurs ainsi qu'un certain degré d'adiadococinésie. Les reflexes rotuliens sont exagérés bilatéralement de même que les médio-plantaires et les achilléens, toutefois, le réflexe achilléen gauche est plus fort que le droit. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion à droite, en extension avec ébauche d'éventail à gauche; du même côté, la manœuvre de Schaeffer provoque l'extension. Les réflexes tendineux et cutanés (moyen et inférieur) de l'abdomen sont abolis du côté gauche et persistent à droite, les réflexes cutanés supérieurs existent mais le gauche est diminué.

Son mari la ramène le 24 mai, elle est sensiblement dans le même état, anxieuse, pleurant et conservant l'idée fixe de la mort prochaine de sa fille et s'accusant d'en être la cause. Elle perd ses sentiments, n'aime plus son mari comme avant et se plaint de frigidité. Une voix, qui est sa conscience, lui parle dans la poitrine, lui dit qu'elle a mal agi, que sa petite va mourir; elle a d'ailleurs conscience de la nature morbide de ces phénomènes hallucinatoires : « C'est que j'ai quelque chose au cerveau », dit-elle, et un peu plus tard elle répète : « J'avais toujours mon cerveau qui causait. » Elle a aussi fréquemment des phénomènes de mentisme, entre autres, elle est hantée par la phrase : « Jamais deux sans trois » laquelle signifie que non seulement elle et sa fille, mais son mari doivent mourir. Enfin, une vision la poursuit

toutes les nuits, celle du convoi mortuaire de son enfant.

La présentation est caractéristique : son attitude est celle de la douleur et l'oméga mélancolique est particulièrement marqué. Elle dort mal, s'alimente difficilement, l'amaigrissement et la pâleur se sont accusés. Un examen hématologique pratiqué le lendemain de son retour donne 4.360.000 globules rouges et 8.600 globules blancs par millimètre cube ; le taux d'hémoglobine est de 75 %, la valeur globulaire de 0,86 ; la formule leucocytaire comprend 27 mononucléaires, 70 neutrophiles et 3 éosinophiles pour 100. Enfin, la résistance globulaire est diminuée.

Au point de vue neurologique, on ne constate pas de trouble nettement marqué de la démarche, mais l'épreuve de Romberg est positive avec chute à gauche, l'épreuve de l'index donne une déviation du même côté et il existe un léger degré d'asynergie aux membres supérieurs ; pas d'adiadococinésie. Le nystagmus est très net dans le regard à gauche et en haut. Les réflexes tendineux sont inégaux, plus marqués dans l'ensemble du côté gauche.

Actuellement, l'état mental n'a pas varié. Le regard est brillant, le clignement rare, la pupille dilatée, le pouls rapide (100 par minute) ; il existe un léger tremblement des doigts. Les symptômes cérébello-labyrinthiques se sont atténués, le nystagmus est moins net ; les réflexes tendineux des membres inférieurs sont vifs et inégaux (6 plus forts), les réflexes du poignet sont normaux, les réflexes oléocraniens forts et le droit est plus marqué ; le réflexe cutané plantaire se fait en extension à gauche.

Pas d'antécédents héréditaires notables. Sa sœur aurait présenté une monoplégie brachiale droite transitoire. Le

seul point intéressant de son histoire est l'existence d'une constitution anxieuse antérieure.

OBSERVATION IV

Henriette B... femme L..., née le 19 septembre 1894, se présente à la consultation du dispensaire de prophylaxie mentale le 6 janvier 1927 et est revue à son domicile, cinq jours après par l'une de nous.

Pas d'antécédents héréditaires notables. Un accouchement difficile (bassin rétréci). Pyélonéphrite. A toujours été nerveuse et émotive. Aucun épisode psychopathique antérieur. Pas d'alcoolisme.

Le 10 décembre, elle avait été atteinte d'une grippe « très mauvaise », dit-elle, et le 25, alors qu'elle était à peine remise, on était venu lui demander de veiller un voisin mort subitement. Elle y était allée, mais avait été fortement impressionnée par ce spectacle et demeurait hantée par de la vision du cadavre dont la chambre était mitoyenne la sienne. Trois jours après, elle fut prise subitement d'une crise d'angoisse caractérisée par des palpitations violentes, des spasmes, la sensation que son estomac se resserrait et que la respiration lui manquait. La crise s'atténua mais la malade restait anxieuse, ne dormait plus, avait des visions terrifiantes la nuit, ne mangeait plus, maigrissait, poursuivie par l'image du mort et l'idée qu'il allait en advenir de même de sa fillette et de son mari ; elle vivait dans cette terreur constante et les accès d'anxiété revenaient fréquemment, accompagnés d'angoisse et de crises de larmes.

D'autre part, dès janvier, on avait noté la maigreur et le

mauvais état général, la persistance des règles ; en outre, le corps thyroïde était un peu volumineux, il y avait un tremblement menu des doigts mais pas de tachycardie.

La malade est revue le 18 mai par l'une de nous, qui précise les données précédentes et pose le diagnostic d'encéphalite disséminée à forme anxieuse. L'anxiété et la peur de mourir persistent, l'amaigrissement est très marqué (douze kilogrammes depuis le début de la maladie), les crises paroxystiques avec angoisse sont aussi fréquentes. La malade se plaint de maux de tête, de sensation de dérochement des jambes ; il y a du nystagmus et de l'inégalité des réflexes tendineux.

Le 26 mai, la malade vient à l'hôpital. L'anxiété est moins vive, l'insomnie moins complète ; l'anorexie persiste. D'autre part, elle se montre puérile et émotive depuis sa maladie et accuse spontanément des troubles subjectifs de la mémoire ; elle est continuellement préoccupée par l'idée qu'elle ne guérira pas. Elle a du mentisme fréquent, sa « tête travaille tout le temps ».

Elle est pâle, amaigrie ; sa langue est saburrale. Elle a souvent des sueurs survenant par bouffées. Les pupilles sont légèrement dilatées : le regard est brillant, le corps thyroïde un peu augmenté de volume ; les doigts et la langue tremblent, le pouls bat à 88.

Il existe des secousses nystagmiques très fines et irrégulières dans toutes les directions du regard (nystagmus atypique) ; le fond d'œil est normal (Mme Schiff-Wertheimer). La position de Romberg ne peut être maintenue. On note une légère hésitation dans l'épreuve du doigt sur le nez et

du talon sur le genou ; la diadococinésie est moins bonne à gauche qu'à droite :

Les réflexes olécraniens sont normaux, les stylo-radiaux vifs et asymétriques (plus fort à gauche) ; les réflexes patellaires et achilléens sont forts. Il n'y a pas de clonus. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion, mais on note, du côté gauche, l'écartement en éventail des orteils. Les réflexes eutanés abdominaux supérieurs sont normaux, les inférieurs sont diminués.

L'azotémie est de 0,18 % ; les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke (technique de Mutermilch) sont négatives avec le sérum sanguin ; toutes les réactions du liquide céphalo-rachidien sont normales sauf une albuminose douteuse (0,30 ‰).

OBSERVATION V

Marguerite D..., née M..., âgée de 28 ans, est envoyée à la consultation à l'Hôpital Henri-Rousselle le 21 mars 1927, du service de M. Bruhl à l'Hôpital Bichat parce qu'elle « se croit atteinte de toutes les maladies, accapare les infirmières, trouble les autres malades » ; les seules constatations qui avaient pu être faites, étaient les suivantes : aorte un peu allongée et très légèrement opaque à la radio ; réaction de Hecht partiellement positive dans le sang ; liquide céphalo-rachidien normal.

Elle est examinée à cette date par l'interne de la consultation, M. Schiff, qui note, au point de vue diagnostic : « Dysménorrhée. Préoccupations hypochondriaques. Troubles cénesthésiques. Frigidité sexuelle », et résume ainsi les antécédents : réglée à 14 ans, normalement. Mariée en 1921 ;

fait une fausse-couche provoquée trois mois après. Ultérieurement, apparaissent des troubles gastro-intestinaux ; puis elle a une éruption prolongée au niveau de la face et un foyer d'ostéite costale pour laquelle on la traite pendant deux ans (1924-1925) et à l'occasion de quoi la réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée à l'hôpital Saint-Louis, est trouvée négative. De nouveau enceinte, elle accouche d'une fille en mai 1926 et pendant la grossesse et la période d'allaitement tous les troubles disparaissent.

La réaction de Hecht, contrôlée par nous le 24 mars, fut de nouveau trouvée négative, de même que la réaction de Meinicke.

Nous avons pu établir de la façon suivante l'histoire de la maladie actuelle : D... est atteinte en novembre dernier d'une grippe prolongée, dont elle « se remet mal » et traîne jusqu'en janvier un état de faiblesse, de malaise général avec inappétence, amaigrissement, réapparition des troubles gastro-intestinaux. Brusquement, un matin, vers dix heures, elle se sent défaillir, elle est prise d'un engourdissement dans les jambes, puis dans les bras, accompagné de phénomènes paresthésiques, de fourmillements et de violents battements épigastriques. Elle se couche et tout rentre dans l'ordre au bout de quelques minutes. Deux jours après les mêmes accidents se reproduisent et reparaissent ensuite à intervalles variables ; actuellement, encore, elle a des crises d'angoisse, avec sensation de constriction thoracique et battements, qui débutent par une sorte de gêne, d'engourdissement dans la jambe gauche. Elle y accuse, en outre, des paresthésies, des douleurs et une sensation de faiblesse qui s'accompagne d'entraînement du même côté.

A la suite de l'accident initial, elle présenta des sensations bizarres, des bouffées de chaleur, des maux de tête prédominant dans la région de la nuque, mais n'éprouva jamais de vertiges ; en outre, elle observa spontanément qu'elle était devenue maladroite, incapable de se livrer à aucune besogne délicate ou prolongée. Elle aurait eu de la diplopie passagère en mars.

C'est au début du mois de mars seulement que se manifestèrent des troubles mentaux par un changement de caractère, une certaine irritabilité, une indifférence pénible, notamment à l'égard de son enfant, l'accentuation de la frigidité sexuelle ; ces troubles s'accompagnaient de multiples craintes hypochondriaques, d'un sentiment de peur continue, d'anxiété diffuse à tendance paroxystique, d'insomnie, de terreurs nocturnes, de la peur de mourir.

Lorsque nous revîmes la malade le 8 et le 10 mai, les troubles psychiques s'étaient amendés et l'amélioration se poursuivait régulièrement par la suite, malgré la persistance des troubles sensitifs subjectifs. L'examen neurologique nous permit de faire les constatations suivantes : Pas d'altération notable de la sensibilité objective. Réflexes : achilléens vifs, rotuliens exagérés, et à tendance pendulaire plus marquée à gauche, stylo-radiaux et olécraniens normaux à gauche, vifs à droite. Pas de clonus. L'excitation cutanée plantaire ne provoque aucune réponse ; les réflexes cutanés abdominaux sont abolis, sauf à la région supérieure gauche.

L'épreuve de Romberg est nettement positive et, dans la position couchée, l'asynergie et la dysmétrie sont facilement mises en évidence au membre inférieur gauche dans

l'épreuve du talon sur le genou, aux membres supérieurs, l'asynergie apparaît de même dans l'épreuve du doigt sur l'oreille, mais la diadococinésie est normale. L'épreuve de l'index de Barany montre une légère déviation spontanée à droite et met en évidence, en même temps, un tremblement intentionnel net. On observe enfin des secousses nystagmiques dans le regard latéral gauche et en haut.

Quinze jours après, le 24 mai, nous notons l'amélioration de l'état général et de l'état mental, la persistance des phénomènes subjectifs et quelques modifications dans les signes neurologiques : le réflexe achilléen gauche est plus vif que le droit ; les réflexes patellaires sont forts ; à gauche le type pendulaire persiste alors qu'une tendance polycinétique est nettement marquée à droite ; l'asynergie et la dysmétrie ne se retrouvent pas aux membres inférieurs et supérieurs, mais, par contre, un certain degré d'adiadococinésie apparaît à gauche. Les autres symptômes n'ont pas varié. Le liquide céphalo-rachidien est normal (sauf une albuminose de 0,30 ‰).

Dans ces 5 observations publiées par M. Targowla et Mlle Serin, il s'agit de sujets qui viennent consulter ou sont amenés à l'Hôpital Henri-Rouselle, pour un état anxieux répondant exactement aux descriptions de la mélancolie à forme anxieuse classique, de la névrose d'angoisse de Freud.

L'interrogatoire permet chez ces sujets de mettre en évidence à l'origine de tous ces troubles qu'ils précèdent de trois semaines environ, un état infectieux discret d'allure grippale, une angine, ou

encore un coryza, épisode dont l'évolution fut lente, la convalescence traînante marquée par de la fièvre vespérale, de l'asthénie, une inquiétude indéfinissable.

L'examen de tels malades montre l'existence de quatre syndromes essentiels :

Des signes mentaux ;

Des signes neurologiques ;

Des signes fonctionnels et généraux ;

Des modifications humorales.

Les symptômes mentaux sont ceux d'un état mélancolique où domine l'anxiété : la malade est agitée, instable, ne peut rester immobile, se lève à tout instant, pleure et se lamente. Elle s'accroche aux assistants en les suppliant de ne pas la tuer, de ne pas la faire souffrir si elle est condamnée, d'épargner les siens, parce qu'ils sont innocents. Tous les bruits sont suspects, car c'est son supplice qu'on apprête. Elle se jette sur les arrivants en les frappant avec violence, incapable d'expliquer ses actes de façon cohérente. A d'autres moments ce sont les idées de suicide qui prédominent. La malade se frappe la tête contre le mur, ou essaie de se tuer avec les objets les plus divers, réalisant plusieurs tentatives de suicide impulsives, subites, et souvent absurdes dans leurs moyens.

Ces impulsions au suicide peuvent survenir au cours d'une atténuation apparente : la malade est calme, tranquille, comme à demi inhibée par l'an-

goisse constante qui l'opprime ; mais un mot, un geste interprété à faux, peut déclencher les raptus anxieux.

L'exaspération de l'anxiété peut se présenter sous forme de bouffées, de véritables crises paroxystiques avec agitation motrice, lamentations, au cours desquelles se produisent souvent les impulsions (auto-mutilations, violences, etc.). Tantôt précédées d'une phase d'inquiétude, tantôt à déclenchement subit, ces crises durent habituellement quelques heures, surviennent parfois plusieurs fois par jour et, suivant les malades, s'observent de préférence le soir et la nuit ou au contraire le matin.

Dans les intervalles de ces paroxysmes on peut mettre en évidence le fond de dépression mélancolique, défini par la lenteur des processus intellectuels, la concentration sur quelques idées pénibles, la douleur morale, la tendance aux interprétations délirantes, la profonde asthénie psychique et motrice pouvant aller jusqu'à la stupeur avec mutisme. Cet état anxieux a lui-même une allure cyclique : il dure quelques jours, puis s'atténue pour une période sensiblement égale, pendant laquelle la malade est plus calme, plus lucide.

Le terrain psychique de l'état anxieux, où évolue cette psychose, peut être la confusion d'une part, la dépression d'autre part.

Il semble cependant que ce que l'on observe le plus souvent est le passage de l'une à l'autre de ces deux modalités du fond psychique de l'anxiété : la

base confusionnelle psycho-toxique se rencontre au début de l'évolution et se modifie peu à peu pour faire place au terrain dépressif avec une phase de transition dans laquelle s'intriquent les deux séries de symptômes. Dans cette évolution, l'hyperazotémie légère au début s'atténue en même temps que s'exagère la cholestérinémie.

Le passage à la chronicité peut également se faire, et nous avons pu observer qu'il persiste avec quelques signes neurologiques plus ou moins frustes un état mental particulier fait d'apathie, d'inertie psycho motrice, d'indifférence affective, avec des réactions paradoxales, parfois de vagues idées délirantes évoluant avec des paroxysmes d'agitation, d'impulsions, de violences. L'ensemble de ces manifestations constitue des formes atypiques de démence précoce rappelant plus particulièrement dans certains cas le syndrome catatonique.

D'autres faits prennent une allure assez particulière et sont caractérisés par des phénomènes algiques plus ou moins nets ou plus ou moins définis par des sensations étranges, pénibles, indéfinissables, phénomènes paresthésiques, rappelant dans une certaine mesure les faits décrits par Dupré et Camus sous le nom de « cénestopathies ». Il s'agit de malades que l'on prend la plupart du temps soit pour des hystériques, soit surtout pour des hypochondriaques. Or, si l'examen ne révèle guère chez eux habituellement des symptômes neurologiques objectifs, on trouve par contre tous les troubles fonctionnels,

généraux et humoraux que nous allons décrire plus loin dans la névraxite disséminée. De plus, il est exceptionnel qu'il ne se produise pas chez ces malades des paroxysmes anxieux plus ou moins fréquents et atténués.

Les signes neurologiques sont dans la règle, discrets, ne sont mis en évidence que par un examen systématique du système nerveux.

Les troubles de la marche, de la station debout sont exceptionnels. Les réflexes tendineux et osseux par contre sont nettement exagérés (bien que dans certains cas on les ait trouvés abolis ou diminués), exagération d'ailleurs variable, qui n'a rien de systématique et n'est même pas localisée à un membre tout entier.

Souvent existe du clonus du pied, de la rotule, un signe de Babinski uni-ou bilatéral.

Les réflexes cutanés sont abolis.

Il existe des troubles cérébelleux : signe de Romberg, asynergie, asymétrie, hypermétrie, adiadococinésie.

Des troubles labyrinthiques : les épreuves classiques montrent en général une hyperexcitabilité du labyrinthe.

Au niveau de l'œil il faut signaler la fréquence du nystagmus, souvent atypique, lent et rare, l'existence d'une certaine parésie de la convergence, de mydriases. L'examen ophtalmologique révèle la constance de l'hyperémie papillaire sans qu'il y ait de stase proprement dite.

Il faut insister sur la fatigabilité, l'asthénie, l'impuissance musculaire accentuée, que présentent ces malades.

A ces symptômes s'ajoutent des signes généraux bien particuliers; la fièvre atteint souvent $38^{\circ}5$, exceptionnellement 39° , du moins au début, puis disparaît, pouvant d'ailleurs réapparaître au cours de l'évolution sous formes de petites poussées à $37^{\circ}8-38^{\circ}$.

Un petit syndrome basedowien est souvent noté, la peau est moite, la malade accuse des bouffées de chaleur, le pouls est rapide, le regard fixe et brillant, le tremblement menu, rapide, le signe de Graefe positif.

Une anémie assez marquée complète le tableau clinique avec diminution du nombre des globules rouges, une mononucléose avec éosinophilie existe au début, il lui succède une polynucléose neutrophile.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre une hypertension en général modérée, une hyperalbuminose, une hyperglycorachie, la réaction du benjoin est négative ou quelquefois subpositive.

Nous citerons ici quelques cas nouveaux, ainsi que la suite de l'observation n° 4, publiée par M. Targowla et Mlle Serin.

OBSERVATION VI

Raymonde D..., 31 ans (dont la mère a été internée 12 ans pour délire de persécution).

1^{re} entrée, 25 octobre 1927.

1^{re} sortie, 6 janvier 1928.

2^e entrée, 11 avril 1928.

2^e sortie, 24 juin 1928.

Entrée avec le diagnostic : état anxieux, auto-accusation, choc affectif récent.

Il s'agit d'une femme qui a été de tout temps de caractère difficile, autoritaire, orgueilleuse, renfermée. Elle est d'un niveau intellectuel supérieur à celui de la moyenne, habile en son métier de dessinatrice, capable d'un travail à fort rendement. Elle a toujours été indifférente, plutôt agressive à l'égard de sa sœur qui l'amène et dont elle s'est séparée pour vivre seule six mois auparavant. Elle est coquette, recherche les hommages masculins, accepte des aventures amoureuses qu'elle interrompt au moment critique. Fiancée à 16 ans, elle a entretenu avec le jeune homme une liaison qu'elle a rompu au bout de quelques mois. Elle s'est longtemps reproché cette rupture « je lui devais le mariage ». Elle s'est occupée de spiritisme. En 1917, ses parents étant malades, elle voulait subvenir à leurs besoins, tout embrasser, partir au Maroc. Elle a toujours été ardente, sujette à des bouffées d'enthousiasme, portée à la discussion, même sur les sujets théoriques, hantée d'idées de sacrifices, de dévouement. En janvier 1927 elle quitte la maison où elle travaillait à cause d'un ingénieur qui « s'occupait d'elle » ;

quoiqu'il ne lui ait jamais parlé d'amour, elle sentait bien qu'il « voulait l'aider », mais « elle a tout brouillé parce qu'elle se figurait qu'il la prenait pour une femme de mauvaise vie ». Le jour de son départ elle lui écrit pour lui dire qu'elle reviendrait. Il lui aurait répondu « sous une forme cachée qu'il désirait la revoir ». Cette aventure l'a longtemps inquiétée, « voulait-il un amour sensuel ou platonique ? » Depuis lors elle a cru le rencontrer deux fois sous des déguisements. Elle communiquait avec lui par la pensée (échange d'encouragements, de mots affectueux).

Il y a deux mois environ épisode grippal. Deux à trois semaines après, s'installe un état anxieux avec larmes, insomnies, sentiment d'étrangeté douloureuse, idées d'influence (« on la fait agir »). Elle éprouve des troubles cénesthésiques, une angoisse précordiale, elle a peur de mourir d'une maladie de cœur. Elle fait une tentative de suicide à la suite de laquelle elle est soignée à Lariboisière. De retour chez elle, elle est envoyée à l'Hôpital Henri Rousselle par le médecin du quartier pour « idées délirantes ».

A son entrée, le 25 octobre 1927, elle se présente comme une anxieuse typique avec des gémissements, des gestes théâtraux, des attitudes suppliantes, un abandon exagéré. Elle renverse la tête en arrière, ailes du nez battantes, et yeux révoltés, puis elle se jette contre le médecin. Elle appelle au secours, réclame une aide et une affection. Elle raconte à mots entrecoupés qu'elle est malheureuse, qu'elle ne peut rendre personne heureux, qu'elle est un monstre, qu'elle veut se tuer. Elle confesse un sentiment pénible d'étrangeté, d'altération de sa personnalité. « Je ne suis pas normale, j'ai des pensées contradictoires, j'ai plusieurs personnalités

qui passent en moi. » Elle exprime ses impressions par les métaphores suivantes : « C'est une roue qui tourne, une folie sans but, un flot que je ne puis dompter. Je redescends à l'animalité. Je ne distingue plus ce qui est à moi de ce que l'on me donne, si tout vient de moi ou non, on me donne la peur et on me la retire — il y a des moments où je reçois comme une force, électricité ou magnétisme. — Je ne « réalise pas » J'ai dans l'esprit une foule de choses qui ne se réalisent pas. On me rend indifférente et j'en souffre, je ne le voudrais pas. — Je ne vois que deux solutions : me supprimer ou vivre pour quelque chose d'utile. — La malade est bien orientée dans le temps et dans l'espace. Elle se plaint d'une attention difficile à fixer, d'une fatigue mentale, de la difficulté de l'effort intellectuel. « Je voudrais bien », dit-elle, « qu'on ne m'enlève pas la mémoire. Vous me dites des mots, mais ils n'éveillent pas ma pensée. Mon cerveau physique doit être malade. » Différents tests de lucidité révèlent une intelligence normale.

On ne relève pas d'hallucinations auditives. La malade prétend avoir senti des odeurs « qui venaient d'en bas ».

L'examen somatique montre des réflexes tendineux exagérés, un signe de Babinski bilatéral avec éventail des deux côtés, l'absence de réflexes cutanés abdominaux, une dysmétrie légère dans le geste de mettre le talon sur le genou et le doigt sur le nez, enfin un nystagmus net dans le regard extrême à droite et à gauche, et des secousses nystagmiformes dans le regard en haut. Les pupilles égales réagissent à la lumière et à l'accommodation. Le cœur est normal. Le pouls bat à 104. La peau est moite ; la tension artérielle est de

12 1/2-8. Le visage est pâle, les traits tirés, le regard tragique.

Les jours suivants, dans le service, la malade se montre extrêmement anxieuse. Elle refuse les médicaments et la nourriture, elle répète qu'il vaut mieux la laisser mourir, réclame qu'on la tue. Le 20 novembre, elle grimpe à la fenêtre pour essayer de se tuer, elle demande à une autre malade un couteau pour s'ouvrir les veines. Comme elle refuse toujours de manger, on l'alimente à la sonde œsophagienne. Alors elle se débat, griffe et frappe. Elle demande ce qu'elle a fait pour qu'on la fasse souffrir sans la faire mourir.

Les examens de laboratoire donnent une diurèse diminuée, 650 cc. en 24 heures, une azotémie de 0,39 0/00, une cholestérinémie de 1 gr. 87 par litre. Le Bordet-Wassermann sanguin est négatif. Le liquide céphalo-rachidien présente les caractères suivants :

B.-W.	Lenco	Alb.	R. Pandey	R. Weichbrodt	Tension	R. Benjoin
0	2,4	0,20	0	0	17	00000.02200.00000

La glycorachie est de 0 gr. 71 0/00 correspondant à une glycémie de 1 gr. 01 0/00.]

Sous l'influence du traitement par le salicylate de soude intra-veineux, et le laudanum par voie buccale, l'anxiété s'atténue. La malade devient calme et sort le 6 janvier 1928 avec la note : amélioration très sensible.

Elle est ramenée par sa sœur le 11 avril 1928. Elle venait d'être ramassée sur la berge de la Seine au moment où elle

allait se jeter à l'eau ; sa sœur prévenue a été la chercher chez le commissaire qui se disposait à la diriger sur l'Infirmerie spéciale du Dépôt. Le médecin qui signe l'entrée diagnostique : démence précoce ou état mixte, anxiété. Il note : désordre des actes depuis sa sortie. A vendu son appartement et en a dilapidé le prix. Emotivité. Refus de recevoir sa sœur. Veut se suicider parce que « tout la poursuivait », parce qu'elle a l'impression de faire du mal partout « d'être un monstre ». Obtusion, anxiété. Tient tour à tour des propos cohérents et des propos discordants. Mentisme, amimie par instants.

Dans le service la malade se montre de nouveau très anxieuse, veut s'en aller à tout prix. Elle ne dort pas. La première nuit elle saute de son lit pour aller casser un carreau. Elle refuse de s'alimenter. On institue de nouveau le traitement par le salicylate de soude intra-veineux. L'amélioration se fait sentir au bout d'une dizaine de jours et la malade quitte le quartier des agités. Elle demeure cependant anxieuse, taciturne, résistante. On a de la difficulté à la forcer de s'alimenter et de subir son traitement. Cinq semaines environ après son entrée elle devient calme, s'occupe, se livre à des travaux de dessin et de broderie, s'alimente convenablement, se montre docile. Elle demeure cependant taciturne, réticente, orgueilleuse. Elle sort librement le 24 juin 1928.

En résumé il s'agit d'une fille d'aliénée présentant des signes de déséquilibre mental à caractère paranoïaque (orgueil, ambitions extravagantes, méfiance, agressivité, interprétations) qui a été brusquement atteinte, à la suite d'un épisode grippal, de troubles anxieux aigus. Dans la

symptomatologie des désordres mentaux qui se manifestèrent alors, s'intriquent les symptômes du déséquilibre constitutionnel et les symptômes de la psychose anxieuse.

OBSERVATION VII

Lucie L. . . , 38 ans, entrée le 6 février 1928.

En décembre 1927 la malade a eu « comme une grippe qui lui est montée au cerveau ». Quelque temps après elle a eu une grosse émotion, la nuit. « Le ventre était serré, la gorge était serrée ». La malade avait peur de mourir. Un médecin appelé d'urgence a fait « une piqûre calmante ».

A la suite de ce raptus anxieux apparaissent des troubles digestifs avec anorexie, fétidité de l'haleine, céphalée frontale violente et continue, insomnie (la malade est restée dix nuits sans dormir), une angoisse permanente, des crises de larmes, de l'apathie physique et intellectuelle.

La malade cesse de travailler, n'a plus de goût à rien. Elle avait des peurs fréquentes, peur que son mari ne la quittât, peur que ses enfants, confiés à la belle-mère, ne soient victimes de quelque malheur. La nuit précédant son entrée à l'hôpital elle a voulu se sauver parce qu'elle a eu brusquement peur que son mari ne la tuât.

En même temps que l'anxiété sont apparues des hallucinations. Elle entendait « cogner ». Elle entendait des voix. On lui parlait du ciel et de l'enfer. Elle avait des visions : elle voyait le ciel, comme des lumières, des figures pas très distinctes. Dans ces moments-là « tout était serré en elle ». Les voix disaient « si tu n'as pas la foi, tu iras dans l'enfer ». Elle cherchait alors la foi, quelque chose de béni, et elle

récitait des dizains. Pas d'insultes, pas de vol de la pensée.

A son entrée à l'hôpital, la malade éprouve des angoisses épigastriques, qui ont remplacé les angoisses laryngo-pharyngées. Elle dort mal. Elle entend des voix la nuit. La nuit dernière les voix disaient qu'on allait la tuer et la mettre en enfer. Elle pleure au cours de l'examen « parce qu'elle pense à ses enfants ».

A l'examen somatique on note la vivacité des réflexes tendineux aux quatre membres et un nystagmus rotatoire dans le regard à droite. La pupille gauche est plus petite que la droite et déformée. Un examen oculaire fait un mois et demi plus tard, le 21 mars 1928, note une papille un peu rouge et l'instabilité du globe oculaire dans le regard latéral.

Cœur normal. T. A. 17-10.

La diurèse est très diminuée, 230 cc.

L'azotémie est de 0,39 ‰.

Le sang donne des réactions de Wassermann et de Meinicke négatives.

La ponction lombaire fournit les indications suivantes :

B. W.	Leuco	Alb.	R. Pandy	R. Weichbrodt	R. el. par.	R. Benjoin	Tension
0	0,2	0,18	0	0	00,0	00000.22222.00000	47

A l'entrée on note un état subfébrile qui dure quelques jours. On institue le traitement par le salicylate de soude intra-veineux. La malade se calme, elle demeure triste,

préoccupée, pleure par intervalles, mais se livre à quelques travaux.

La première série du salicylate étant terminée le 29 février, on reprend aussitôt une deuxième série.

Vers le 20 mars 1928 on note une récrudescence de l'anxiété avec hallucinations. La malade croit entendre les autres malades qui se moquent d'elle. Elle entend des insultes.

Vers le 25 mars l'anxiété se calme, la malade pleure moins. Elle entend toujours des voix, ce sont les infirmières qui l'insultent.

On ajoute de l'uroformine au salicylate de soude en injections intraveineuses.

La malade ne présente plus de péroxyssmes anxieux, mais elle demeure triste, dit s'ennuyer à l'hôpital, demande sa sortie. Elle ne pleure plus, mais des hallucinations auditives persistent. Elle quitte l'hôpital pour rentrer chez elle le 29 avril 1928, améliorée, mais toujours triste et hallucinée.

OBSERVATION VIII

Jeanne W..., est âgée de 36 ans.

La malade jusque-là bien portante, n'ayant jamais présenté d'accès de dépression ni d'émotivité constitutionnelle, est atteinte d'une angine en juin 1927. Un mois environ après le début de l'angine se manifeste un état d'anxiété aiguë avec angoisses, insomnies, crises de larmes. Il semble que cette anxiété se soit accompagnée d'un certain degré de confusion mentale, car la malade ne garde pas de souvenirs de cette période. Elle s'est perdue dans Paris à plusieurs reprises,

ne se rappelant même plus son adresse. A la fin de cet épisode apparaît un syndrome hallucinatoire. La malade entendait des voix dans les bruits de la rue, dans les conversations, chez elle dans la solitude. Ces voix lui paraissaient fortes, normales. Elle localisait la direction d'où elles provenaient, elles les reconnaissait. On répondait à sa pensée, on annonçait ce qu'elle était sur le point de faire, on lui rappelait des souvenirs. Non moins souvent on l'insultait en lui disant des « grossièretés ». On l'accusait de faire le trottoir, on la menaçait de mort. On lui disait du mal de son mari, on la poussait à s'accuser d'avoir livré sa fille, âgée de 17 ans, à son mari. On la suivait dans la rue. Elle a vu nettement deux « Sidis ». On échangeait des signes sur son passage. Elle a vu des lumières devant les yeux, du côté gauche, comme « des éclairs ».

Dans les antécédents on relève une mère alcoolique, un enfant bien portant (actuellement âgé de 17 ans), une fausse-couche probablement provoquée. Ovarotomie il y a 5 ans.

A son entrée, le 19 novembre 1927, la malade est anxieuse et hallucinée. Elle déclare « quand j'entends les voix, j'ai bien la certitude que ce sont de vraies voix, mais quand c'est passé, je doute ; je me dis que c'est peut-être la maladie, parce que ça n'est guère normal. » La malade se dit maladroite par moments, elle accuse du dérobement des jambes, de la céphalée occipitale. On note de la déséquilibration dans la position de Romberg avec chute à droite, de l'inégalité des réflexes tendineux qui sont plus vifs du côté droit, du tremblement des doigts, une augmentation du volume du corps thyroïde.

Les urines sont en quantité normale.

L'azotémie est de 0,37.

Le liquide céphalo-rachidien présente les caractères suivants :

R.-W.	Leuco	Alb.	R. Pandey	R. Weichbrodt	R. el. par.	R. Benjoin	Tension
0	0,6	0,50	0	0	00,0	00000.02110.00000	25

La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang, ainsi que celle de Meinicke, sont négatives.

A l'examen oculaire, on trouve les deux pupilles rondes.

Le réflexe pupillaire existe des 2 côtés.

L'acuité visuelle est de $90^{\circ} + 0\ 150 = 1$ pour l'œil droit,

de $120^{\circ} + 0\ 150 = 1$ pour l'œil gauche.

Le fond d'œil est normal. On ne trouve pas de nystagmus.

La malade, ayant eu à 2 reprises un éclair du côté gauche et une fois également du côté droit, on pense à des migraines ophtalmiques frustes.

On institue le traitement par le salicylate de soude intra-veineux. La malade sort améliorée le 10 décembre 1927.

Elle revient le 15 février 1928.

On note une récrudence de l'anxiété et des hallucinations.

On reprend le traitement par le salicylate de soude intra-veineux.

Un examen hématologique pratiqué le 3 mars 1928, donne 3.600.000 globules rouges et 7.800 globules blancs par millimètre cube. Le taux d'hémoglobine est de 60 %, la valeur globulaire de 0,83. La formule leucocytaire comprend 53 lymphocytes, 8 moyens mononucléaires, 1 grand mononucléaire, 38 polynucléaires neutrophiles.

Le 21 mars 1928, la malade a toujours des hallucinations. « J'entends des bruits la nuit, je ne cherche pas à me rappeler — on me dit tant de choses. Je suis persécutée. On me fait beaucoup de morale, j'avais des idées noires. Je pleurais beaucoup, on me reproche tout cela. Moins d'injures maintenant, beaucoup moins. Certaines nuits ça me réveille, nuit et jour on m'accuse, mais moins quand même. Mes maux de tête disparaissent complètement. Pour un rien j'en faisais une montagne, maintenant moins.

« Mon mari ne veut pas me comprendre, moi j'accuse ma concierge qui m'a fait peur, elle est venue chez moi me persécuter, se moquer de moi, me chercher des ennuis. »

On note à ce moment de l'inappétence, de fréquents maux d'estomac.

On observe un tremblement des doigts. Le corps thyroïde est un peu gros. L'épreuve du doigt sur le nez est hésitante. Pas d'adiadococinésie. La recherche du signe de Romberg montre que la malade a une tendance à tomber vers la droite.

Le 12 avril 1928, les hallucinations persistent. Des voix répètent ce qu'elle pense, elle n'y fait plus attention. On l'insulte beaucoup moins. Qui ? personne. « Je sais bien que j'ai été malade, mon imagination est trop vive. C'est en moi que cela se passe ».

Elle a encore des maux de tête, de l'insomnie par moments.

Les réflexes tendineux rotuliens et olécraniens sont un peu plus forts à gauche. A l'épreuve de Romberg on note une chute à droite.

La malade sort améliorée le 16 avril 1928

*Suite de l'OBSERVATION IV publiée par M. Targowla
et Mlle Serin*

Le 27 septembre 1927, la malade demande une nouvelle visite à domicile. Elle se plaint de ne pas dormir, d'avoir « la tête qui travaille tout le temps », de fondre en larmes, de ressentir des maux de tête violents au-dessus des yeux et à la nuque. Quand elle est couchée, dit-elle, elle est en nage de la tête aux pieds et sa tête « bat comme un balancier, elle fait presque tout le temps des nuits blanches ».

Le 8 décembre 1927, le Dr Targowla note : Réflexes tendineux normaux. Pas de clonus ; pas de signe de Babinski, mais signe de l'éventail à gauche. Signe de Romberg (un pied mis devant l'autre) positif, chute à gauche. Les mouvements se font d'une pièce. L'épreuve du talon droit sur le genou gauche manifeste un léger planement et une légère dysmétrie. La diadococinésie est bonne. L'épreuve du doigt sur le nez marque un peu d'hésitation et un geste saccadé dans le mouvement du bras droit. Tremblement spontané des doigts. Du côté oculaire on trouve un nystagmus fin, rapide, dans toutes les directions, une mydriase. Le pouls est rapide. On note de l'émotivité, de l'essoufflement. La malade est inquiète ; elle dort un peu, mais a des cauchemars. Elle veut suivre au dispensaire un traitement par le salicylate de soude intraveineux, mais elle vient très irrégulièrement.

La malade entre dans le service le 7 mai 1928, pour suivre régulièrement le traitement salicylé.

Le tableau clinique n'est pas modifié.

Au cours de son séjour à l'hôpital, le voisinage des autres

malades accroît son inquiétude ; elle pleure, ne dort pas. La diurèse est diminuée, 800cc. en 24 heures. L'azotémie est de 0,30 ‰.

On administre le salicylate de soude intraveineux à hautes doses, 1 gramme, puis 2 grammes par jour.

La malade sort le 5 juin 1928 améliorée.

Elle est revue le 1^{er} septembre 1928. Elle déclare aller beaucoup mieux, elle a engraisé, se dit toujours fatiguée, encore inquiète. Mais elle dort bien et n'a plus d'angoisse.

EVOLUTION

Il existe le plus souvent des prodromes vagues, imprécis, dont les manifestations s'accroissent progressivement durant quelques semaines, à la suite de l'épisode infectieux originel. Ils sont constitués par une sorte d'épuisement avec asthénie, de la fatigabilité psychique et motrice, de l'anorexie, de l'insomnie, des cauchemars, des céphalées plus ou moins fréquentes, quelquefois des vertiges, des chutes brusques. Puis ces symptômes s'aggravent peu à peu ; l'impuissance psycho-motrice s'accroît, les nuits deviennent de plus en plus agitées ; des idées obsédantes apparaissent ainsi que des interprétations erronées ; un sentiment d'influence étrangère se fait jour, une inquiétude vague et sans cause, et déclenche subitement des grandes manifestations anxieuses de la période d'état.

La phase prodromique peut prendre l'apparence d'une manifestation périodique constitutionnelle, parce que des tendances dépressives ou cyclothymiques antérieures, un caractère douteux, scrupuleux, ne sont pas rares. D'autres fois, le début se fait brusquement, comme dans un cas où la malade, revenue un soir bien portante d'un voyage, était

entrée d'emblée dans la phase aiguë le lendemain matin au réveil.

L'éclosion du premier paroxysme psychique est généralement brusque et amène la malade à l'hôpital. Après quelques jours il s'atténue en partie, puis reparait après une période sensiblement égale. Ces alternatives continuent ensuite assez régulièrement. Les stades intercalaires ne traduisent qu'un état d'accalmie relative au cours duquel les paroxysmes anxieux et délirants se déclanchent moins aisément et moins souvent que dans les phases d'exaltation. Puis, après un ou deux mois environ, l'intensité des manifestations psychopathiques diminue peu à peu. A ce moment on peut remarquer la transformation progressive du fond mental où les phénomènes paroxystiques ont évolué dans certains cas : de confusionnel ou plutôt confuso-onirique il est devenu peu à peu uniquement dépressif. Ces teintes sont d'ailleurs difficiles à trouver, elles sont assez discrètes. Finalement on ne trouve plus qu'un état d'asthénie et d'inertie.

Il est fréquent de trouver pour la première fois, au cours d'une période d'apaisement relatif, les petits signes nerveux qui indiquent l'atteinte disséminée du névraxe : ils semblent toujours apparaître après les troubles mentaux, du moins lorsqu'il s'agit d'un premier accès. Dans plusieurs cas, un premier examen avait montré leur absence, et leur développement s'est effectué pendant le séjour des malades à l'hôpital. Très souvent les premières manifesta-

tions appartiennent à la série labyrinthique ; viennent ensuite les symptômes d'une participation cérébelleuse et, moins fréquemment, pyramidale. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Parfois l'apparition du phénomène des orteils ou une hémiparésie transitoire peut précéder celle de l'hyperexcitabilité labyrinthique et du nystagmus spontané. Toutefois, concomitant du début des troubles psychiques, il semble qu'il y ait toujours un degré plus ou moins marqué d'hyperhémie de la papille.

Il faut insister sur l'instabilité des signes neurologiques : frustes, discrets, ces symptômes sont en outre variables, fugaces, se modifient rapidement, s'accroissent ou disparaissent pour se manifester de nouveau à un examen suivant ou faire place à d'autres.

Les réactions du liquide céphalo-rachidien apparaissent tardivement et restent discrètes lorsqu'elles existent.

Les phénomènes basedowiens régressent progressivement au cours même de la phase aiguë ; apparus en même temps que les troubles psychiques initiaux, ils semblent constituer un syndrome thyro-toxique plutôt qu'une véritable maladie de Graves. L'anémie disparaît lentement ; la pâleur s'atténue.

Les autres symptômes fonctionnels sont très variables et, le plus souvent, se montrent parallèles aux manifestations psychopathiques de la phase aiguë. Ils sont très labiles et disparaissent rapide-

ment ; toutefois, la cholestérinémie s'exagère habituellement, en même temps, peut-être, que l'accroissement des phénomènes dépressifs.

Les « modes de terminaison » sont variables, en général favorables. L'évolution peut se faire par poussées successives, séparées par des périodes d'atténuation. Parfois, la guérison survient rapidement ; on peut même observer de véritables cas abortifs, dont voici un exemple :

OBSERVATION IX

(Publiée par MM. R. Targowla et A. Ombredane
dans l'*Encéphale*, avril 1928.)

Maria G.... née le 9 juillet 1907, se marie le 29 octobre 1927. Dès le lendemain matin, elle est prise de malaise, « ne se sent pas bien », se plaint de violents maux de tête, d'étourdissements, de vertiges, d'insomnie ; elle ne « sait pas ce qu'elle fait », perd l'équilibre, titube en marchant. Elle se croit gravement malade, pense que c'est la typhoïde et se précipite chez son médecin qui la rassure. Elle reste cependant inquiète, anxieuse, se sent serrée à la gorge, pleure continuellement, éprouve un découragement et un désespoir immenses, pense « qu'elle n'arrivera pas », voit des choses affreuses... comme des choses qui tombent sur elle, ses oreilles sifflent et elle se frappe violemment au visage avec un porte-manteau « pour en finir ».

On constate, en outre, à l'entrée, de la dépression avec lenteur des processus psychiques, de la difficulté à l'effort intellectuel, un certain degré d'obtusion. Très rapidement,

d'ailleurs, les phénomènes aigus se sont atténués et il persiste surtout de la tristesse intermittente et de la dépression.

Le pouls est rapide. On note un tremblement marqué des doigts.

Au point de vue neurologique, la démarche est festonnante et ébrieuse ; la malade marche le tronc incliné à droite et présente de la latéropulsion du même côté. Dans la station debout, les yeux fermés, le signe de Romberg est fortement marqué, la chute se faisant toujours vers la droite.

Aux membres inférieurs, la motilité et la force paraissent normales. Les réflexes achilléens, médio-plantaires et patellaires sont vifs ; de plus, à la suite de la percussion du tendon rotulien, la jambe reste en demi-extension, comme chez certains catatoniques (signe de Maillard). Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion nette à gauche, est indifférent à droite ; de ce côté, la manœuvre d'Oppenheim provoque une légère extension. Les réflexes de posture sont fortement exagérés.

Dans l'épreuve du talon sur le genou, on observe une certaine dysmétrie, de l'hypermétrie et quelques oscillations à la fin du mouvement.

Les réflexes cutanés abdominaux et médio-pubien existent.

Aux membres supérieurs, la motilité et la force ne sont pas altérées. Les réflexes stylo-radial, la position du membre persiste après le mouvement (comme au membre inférieur) et on peut, par une série de percussions successives, obtenir une flexion presque complète de l'avant-bras sur le bras, surtout à droite. Le réflexe de posture brachial est très exagéré des deux côtés.

Les épreuves des marionnettes, du doigt sur le nez mettent en évidence de l'adiadococinésie et l'asynergie avec dysmétrie à droite; il existe, en outre, du tremblement du bras, du même côté. Phénomène de la roue dentée positif.

Réflexes massétérien et naso-palpébral normaux; signe du facial négatif.

Pas de trouble notable de la sensibilité.

L'examen oculaire (Mme Schiff-Wertheimer) révèle une très légère anisocorie avec persistance des réflexes pupillaires, acuité visuelle, fond d'œil et champ visuel normaux, peut-être une légère déficience du moteur oculaire externe gauche, des secousses nystagmiformes rapides dans le regard en haut et à gauche.

La malade déclare en outre avoir vu double et présenté des phénomènes vertigineux à plusieurs reprises.

L'examen des urines ne montre à l'entrée qu'une légère oligurie avec urobilinurie. Azotémie : 0,42 p. 1.000. L'examen hématologique (Mlle Salamon) donne une légère anémie globulaire (4.000.000) avec anisocytose, 80 % d'hémoglobine (Talqvist) et une valeur globulaire égale à 1, une résistance globulaire normale : $R_1 = 4,4$; $R_3 = 3,6$; il existe de l'hyperleucocytose (14.000) avec tendance à la polynucléose (20 lymphocytes, 1 moyen et 1 grand mononucléaires, 77 neutrophiles et 1 éosinophile %).

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke sont négatives avec le sérum sanguin et le restent après réactivation.

Trois ponctions lombaires, faites avant et après réactivation thérapeutique et à la fin d'une série d'injections arsenicales et bismuthiques donnent les résultats suivants :

Dates	Tension	Lenco	Alb.	R. Pandy	R. Weichbrodt	E.-W.	R. el. par.	R. Benjoin
15 nov. 1927.	25 cm.	0,8	1,95	+	»	+++	0	00000.00100.00000
26 nov. 1927.	28 cm.	2,2	0,40	0	0	0	0	00000.02222.00000
15 janv. 1927.	»	2,8	0,45	0	0	0	0	00000.22222.40000

La malade, sortie au bout de trois semaines, ne présentait plus en janvier qu'une ébauche de flexion dorsale de l'orteil droit et une inclinaison du corps avec tendance à la chute du même côté dans l'épreuve de Romberg. Etat mental normal.

Antécédents. — Père mort à la guerre. Mère en bonne santé, n'a jamais fait de fausse-couche. La malade avait eu une fièvre typhoïde (?) l'année précédente. Réglée à seize ans, normalement; aménorrhée deux mois avant le début des accidents et retour des règles peu de jours après, en pleine phase aiguë. Céphalée presque continue depuis un mois environ.

L'interrogatoire de la malade, du mari et de la famille ne révèle aucun choc affectif ou émotif dans la genèse de l'affection.

Généralement les malades guérissent progressivement après une évolution de plusieurs mois, et la convalescence est lente. Les troubles psychiques disparaissent ainsi que les symptômes fonctionnels généraux. Les signes neurologiques s'atténuent beaucoup; souvent on ne trouve plus qu'un léger nystagmus inconstant, quelques modifications des

réflexes, un signe de Romberg sensibilisé, très peu de dysmétrie, d'adiadococinésie ; quelquefois il est même très difficile, presque impossible, de retrouver les traces de l'atteinte nerveuse. Toutefois la *restitutio ad integrum* est rare. Les altérations du liquide céphalo-rachidien sont très tenaces, à l'exception de l'hyperglycorachie, liée au processus toxique infectieux aigu. Des récurrences et des nouveaux accès peuvent se produire à plus ou moins longue échéance.

Il est encore difficile à l'heure actuelle d'affirmer que le grand syndrome neurologique de la sclérose en plaques peut s'établir ultérieurement chez de tels malades.

Cependant il existe dans la littérature un certain nombre d'observations de sclérose en plaques légitime dont les prodromes ont été constitués par un accès anxieux (ces faits ont été rassemblés dans la thèse de M. Ombredane).

Récemment des auteurs italiens ont publié un cas de névraxite anxieuse disséminée ayant évolué vers la sclérose en plaques (Giordano et Mlle Lévi).

D'autre part nous rappellerons que MM. Euzière, Pagès et Viallefont ont vu certains cas de névraxite disséminée à forme anxieuse évoluer vers un syndrome parkinsonien.

Enfin on peut observer une forme particulière de passage à la chronicité, dont le type nous paraît être réalisé dans l'observation suivante, publiée par MM. Claude et Targowla et complétée dans sa thèse

par M. Ombredane (A. Ombredane, *Sur les troubles mentaux de la sclérose en plaques*. Paris, 1929).

Voici d'abord l'observation de MM. Claude et Targowla, publiée en 1925 :

La malade est envoyée le 19 décembre 1922 au service de prophylaxie mentale avec le diagnostic d'épilepsie syphilitique.

Antécédents. — Son père, alcoolique, est mort noyé, on ne sait dans quelles conditions. Sa mère est atteinte d'un délire systématisé de persécution et de grandeur. Une de ses sœurs a eu des convulsions dans l'enfance et présente encore des vertiges sans crises convulsives ; deux autres sont mortes, l'une « d'une maladie de cœur », la seconde à l'âge de quinze ans de « méningite ». Un frère est mort à trois mois.

Elle-même a parlé et marché tard, mais ne semble avoir présenté aucune manifestation comitiale. Réglée à quatorze ans, elle l'est restée régulièrement jusqu'en 1922 ; interrompues pendant la phase aiguë des troubles mentaux, les règles ont reparu depuis un an. Retournée dans son village après l'armistice pour vendre un petit bien, elle eut des rapports suspects avec un individu et présenta quelque temps après des accidents secondaires et une néphrite syphilitique traités au cyanure de mercure et à l'huile grise ; à l'issue de ce traitement, elle eut un ictère.

De 1919 à mai 1922, elle fut soignée assez régulièrement au moyen d'injections mercurielles et arsenicales. Entre temps, elle avait contracté la diphtérie (1921).

Etat mental. — C'est une débile mentale illettrée, ins-

table, un peu paresseuse, ne restant pas dans ses places, elle témoignait d'autre part d'un caractère méfiant et orgueilleux, se liait peu, se trouvait humiliée d'être domestique et pauvre.

En 1919, à l'occasion de la révélation de sa syphilis, elle fit un accès de dépression et de tristesse avec idées de suicide, qui dura quelques mois. En 1921, sa méfiance habituelle s'accrut et elle devint plus taciturne, bizarre, irritable. L'année suivante, la perte d'une somme d'argent aggrava ses préoccupations mélancoliques : elle ne dormait plus, s'inquiétait de l'avenir étant sans argent, s'accusait de ruiner les siens, parlait de se suicider.

A son entrée dans le service de M. Toulouse, elle est déprimée et apathique. Quelques jours après éclate une violente crise d'anxiété qui se prolonge avec des paroxysmes ; elle refuse de manger parce qu'elle n'a pas d'argent pour payer ; elle craint qu'on la mette dehors, s'accuse de causer des ennuis à tout le monde, « elle est perdue parce qu'elle n'a pas d'argent ». Elle présente des illusions sensorielles, des interprétations et des idées délirantes, quelques réactions impulsives : on dit qu'elle a volé des biftecks, qu'elle a mangé le café au lait des autres ; on va lui faire signer un papier... ; elle jette une timbale de lait à la tête d'une infirmière, criant qu'on veut la faire manger pour lui faire ensuite des reproches. Elle est convaincue en outre que sa sœur est morte (idée fixe de nature onirique).

D'autre part, elle présente au cours de cette période des raptus anxieux pendant lesquels elle multiplie les tentatives de suicide : elle se frappe la tête contre la barre de son lit, se serre le cou avec un cordon, essaie d'énucléer l'œil successi-

vement au moyen d'une fourchette, d'une épingle à cheveux, de la tringle de sa table de nuit : « Puisqu'elle ne peut pas payer, il vaut mieux qu'elle meure tout de suite. »

L'étude du fond mental est rendue difficile par la débilité de la malade. Elle répond correctement au début de l'interrogatoire, mais se fatigue très vite, s'embrouille dans ses réponses qui sont tardives, ne se souvient plus des questions qu'on vient de lui poser, ne peut fixer son attention ni rappeler ses souvenirs : cependant ceux-ci n'ont pas disparu et l'amnésie rétrograde, recherchée au début d'un examen, se montre surtout partielle, lacunaire. L'amnésie de fixation est par contre très prononcée ; D..., est désorientée dans le temps et dans l'espace ; elle se perd pour aller au lavabo, ne retrouve pas le dortoir, elle est incapable de reconnaître son lit. Le faciès reste inerte et étonné, même au cours des paroxysmes anxieux.

Peu à peu cet état s'amende. La confusion, l'aprosodie, l'amnésie antérograde s'atténuent et disparaissent ; la fatigabilité psychique diminue lentement, laissant à leur suite une lacune amnésique partielle. Un état d'anxiété diffuse subsiste longtemps associé aux idées délirantes ; D..., redevenue lucide, ne corrige qu'incomplètement ses conceptions morbides ; elle demeure déprimée, inerte, avec une idée fixe de ruine et d'incurabilité.

Passée en octobre 1923 dans la section libre du service de la clinique elle doit être internée le 30 novembre. Elle conserve en effet des idées délirantes, vagues, mélancoliques et de persécution : elle ne guérira pas, ne sait comment elle paiera son hospitalisation, saisit des allusions désobligeantes dans les conversations, se querelle fréquemment avec ses

voisines de lit. Par intervalles, elle a des réactions violentes, frappe, s'irrite au moindre propos, refuse tout traitement ; habituellement elle est calme, docile, apathique, parle peu, reste totalement inactive. Ses propos sont puérils.

Tel est son état mental depuis un an. Actuellement, elle accuse des hallucinations auditives imprécises : elle ne comprend pas ce qu'on lui dit et « se demande qui peut lui parler ainsi ». Ces troubles surviennent le soir et paraissent en rapport avec de l'otosclérose qui a été constatée ; ils ne donnent lieu à aucune réaction. L'état délirant n'existe plus ; seuls persistent l'apathie et les troubles intermittents du caractère.

Syndrôme somatique : D... aurait toujours eu, aux dires de sa sœur, un léger trouble de la parole qui s'accusait au cours des phases mélancoliques. Pendant la crise d'anxiété confusionnelle que nous avons observée, la dysarthrie était très marquée et s'accroissait rapidement par la répétition de l'exercice jusqu'à devenir un bredouillement incompréhensible. Maintenant la malade parle avec lenteur et comme du bout des lèvres ; mais sans scansion véritable et sans achoppement.

Le début des accidents somatiques qui avaient motivé le diagnostic d'épilepsie syphilitique, remonte à juin 1922 ; brusquement, dans un escalier, la malade ressentit un choc dans la tête, et tomba, « comme si on l'avait poussée », se blessant au visage ; elle resta un quart d'heure sans connaissance, mais n'eut pas de convulsions. Elle présenta ultérieurement trois crises, caractérisées par un tremblement généralisé, de la pâleur et le sentiment net qu'elle s'éva-

nouissait ; pas de céphalée ni d'état crépusculaire consécutifs.

Lorsque nous la vîmes pour la première fois, il existait un léger tremblement du côté droit ; sa démarche était hésitante. Il n'y avait pas d'extension de l'orteil. Les réflexes tendineux étaient vifs et on notait, à droite, de la trépidation épileptoïde du pied. Les réflexes achilléens étaient en outre inégaux, plus accentués du côté droit que du côté gauche ; au contraire, les réflexes des membres supérieurs étaient plus marqués à gauche.

Les réflexes cutanés abdominaux persistaient.

Il existait, d'autre part, un syndrome oculaire particulier : les pupilles, égales, en mydriase légère réagissaient à la lumière mais non à l'accommodation et l'on notait une paralysie de la convergence ; un peu plus tard apparut de l'hyperhémie papillaire (Dr Darrieu). Ce syndrome persiste avec quelques variations ; la pupille droite est actuellement un peu plus dilatée que la gauche, il y a du nystagmus dans le regard latéral gauche, mais l'hyperhémie avec dilatation veineuse sans stase vraie n'a pas varié (Dr Velter).

La malade signalait enfin quelques symptômes subjectifs. Elle se plaignait par périodes de sensations vertigineuses très pénibles qui reparurent à diverses reprises, d'une céphalée diffuse et discontinue, à prédominance matinale et vespérale, de paresthésies, sensation de froid et de mouillé du côté gauche du corps.

En avril 1924, elle se montre plus obnubilée, accuse pendant quelques jours une récrudescence des maux de tête, puis de vives douleurs dans la jambe gauche qui fléchit et ne permet pas la marche ; en même temps on note un en-

semble de signes cérébelleux : asynergie, incoordination, dysmétrie, un tremblement intentionnel peu accentué, de l'adiadococinésie ; pas d'astéréognosie. Les réflexes tendineux sont vifs et un peu inégaux, le réflexe cutané plantaire est indifférent. A ce moment, les réflexes cutanés abdominaux pouvaient encore être mis en évidence.

Actuellement, ils ont disparu. Les douleurs spontanées ont regressé, la marche est redevenue possible et, si D... garde habituellement le lit, c'est plus en raison de son apathie et de son inertie psychique que de son impotence musculaire.

De multiples ponctions lombaires ont été faites qui ont révélé un syndrome humoral du type de la sclérose en plaques (Réactions colloïdales positives, réactions de B.-Wassermann négatives, albuminose normale avec réactions des globulines positives, hyperleucocytose).

Traitement. — Depuis deux ans cette malade a été constamment maintenue sous l'influence d'une thérapeutique arsénicale, mercurielle ou bismuthée, les intervalles séparant chaque série n'excédant pas trois semaines. Après avoir reçu, alternées, plusieurs séries d'injections sous-cutanées de sulfarsénol et de benzoate de mercure (la dernière série de novarsénobenzol faite à St-Louis datait de six mois), elle a été soumise pendant cinq mois à un traitement bismuthé à l'aide de diverses préparations (trépol, puis Quinby). A partir de janvier 1924, on associa la tryparsamide au bismuth, puis au cyanure de mercure (plus riche en mercure que le salicylate employé par les auteurs américains), le novarsénobenzol (intraveineux) fut ensuite substitué à la tryparsamide dans l'association mer-

curielle. Après un repos d'un mois et demi, on reprit les préparations de bismuth en injections sous-cutanées, trois fois par semaine. En octobre, une ébauche de stomatite fit interrompre le traitement. Récemment nous avons eu recours au stovarsol en injections intramusculaires, mais la série ne put être continuée en raison des protestations de la malade qui traversait une période d'excitation et la thérapeutique est actuellement suspendue.

Il s'agit, en résumé, d'un cas de sclérose en plaques à symptomatologie fruste, de début relativement récent et en évolution. L'ensemble symptomatique ne peut s'expliquer que par ce diagnostic et il n'y a pas lieu d'insister longuement sur les signes neurologiques; nous observerons seulement la longue persistance des réflexes cutanés abdominaux s'opposant à leur labilité habituelle, alors qu'on a noté, dès le début, l'exagération des réflexes tendineux.

Suite faite par M. Ombredane :

Depuis que cette observation a été publiée par MM. Claude et Targowla, la malade a subi, sans qu'aucune amélioration ait été d'ailleurs obtenue, un traitement de pyrothérapie par la fièvre récurrente (31 mars 1925).

Le 12 décembre 1926, on note : tristesse, dépression, ennui. Lenteur des reprises, niaiserie. Idéation pauvre, incohérence. Elle a été menée à la grande Académie (c'est de sa présentation à la Société médicale qu'il s'agit). Si elle est ici c'est qu'elle est du midi. Elle a fait le coup de fusil dans le midi avec hommes, comme les hommes, dans son bois. Idées d'indignité. Préoccupations hypocondriaques. Vagues idées de persécution à son dernier vertige elle a cru

que son patron la poussait. Elle assure qu'elle n'entend pas de voix en ce moment mais qu'elle en a entendues autrefois. A essayé de s'étrangler.

Le 11 avril 1927, elle est transférée à l'asile de Villejuif, dans le service du Dr Marchand, avec le certificat suivant du Dr Trénel : « Débilité mentale avec phases d'excitation où elle se montre agressive, nécessitant les moyens de contention. Incohérence dans ces périodes d'excitation. Sclérose en plaques. »

A l'entrée, le Dr Marchand indique : débilité mentale avec dépression mélancolique. Phases d'excitation au cours desquelles elle est agressive. Il note la dysmnésie, l'impossibilité d'opérations intellectuelles simples, au point de vue somatique : de l'instabilité motrice plutôt que du tremblement, des secousses pour adapter le regard plutôt que du nystagmus, la vivacité des rotuliens, l'absence de trépidation épileptoïde du pied.

Le 27 avril 1927, période d'excitation, colère subite, violences. On doit lui passer le maillot. Le lendemain la malade est calme, « j'étais nerveuse », dit-elle.

Le 14 juin 1928 on note : malade calme depuis plusieurs mois, apathique, parlant peu. Marche titubante. Tremblement intentionnel. Tumeur abdominale (il s'agit d'un fibrome qui a été opéré à la suite).

Le 9 août 1928, on remarque : réflexes très exagérés aux membres supérieurs. Gros tremblement à type intentionnel. Amblyopie passagère. Secousses nystagmiformes. Dysarthrie légère. Parole légèrement explosive. Aux membres inférieurs exagération du rotulien surtout marquée à gauche

où il est polycinétique. Clonus du pied gauche. Signe de Babinski bilatéral.

Quand nous entreprenons d'examiner la malade le 14 novembre 1928, elle s'oppose violemment à l'examen, refuse de répondre, s'agrippe aux couvertures pour qu'on ne la découvre pas, se raidit, se débat, pousse des cris, si bien qu'on est amené à lui emprisonner le visage sous une couverture pour la vaincre et la calmer. à lui promettre du café qu'elle aime bien, à lui donner de la poudre pour se farder. Elle prend la houpe poudrée et la passe sur son visage d'un geste ralenti, machinal, prolongé. Puis elle se montre docile avec un sourire stéréotypé.

La marche est possible, plus spasmodique qu'ébrieuse. La jambe gauche est plus raide que la droite et légèrement écartée au cours de la marche. La position de Romberg provoque la chute du côté gauche. La motilité volontaire n'est abolie à aucun segment et la force musculaire segmentaire paraît bien conservée, l'opposition difficile à vaincre, manifestée à l'examen en est une preuve suffisante. Néanmoins, il existe une diminution de la force segmentaire au niveau des raccourcisseurs du membre inférieur gauche. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont exagérés, polycinétiques. Il existe des deux côtés un clonus du pied épuisable, mais il est plus marqué, et dure plus longtemps du côté gauche. Le cutané plantaire se fait en extension des deux côtés. Les cutanés abdominaux et les cruraux sont abolis des deux côtés.

Aux membres supérieurs, la motilité volontaire et la force segmentaire sont conservées, mais tous les réflexes tendineux et osseux sont exagérés.

Il existe d'une façon constante un tremblement intentionnel léger mais net des membres supérieurs avec une dysmétrie modérée, bien mise en valeur par l'écriture zig-zagante, par l'épreuve des lignes parallèles à réunir de traits de plume. Toutefois, à certains moments, ce tremblement et cette dysmétrie s'exagèrent au maximum, donnant l'impression d'une amplification névropathique. La diadococinésie, bonne à droite, est un peu inhibée du côté gauche. Au niveau du membre inférieur gauche, on note l'hésitation, le planement, la dysmétrie, les oscillations au but, dans le geste du talon sur le genou; ces symptômes sont moins nets dans le mouvement du membre inférieur droit.

Les globes oculaires sont instables dans les positions extrêmes du regard mais sans nystagmus vrai.

La parole n'est pas scandée, elle est cependant monotone et assourdie. Il est vrai que la malade a été autrefois atteinte de diphtérie.

Le 15 novembre, une ponction lombaire est pratiquée, qui a donné un liquide dont voici les caractères :

Albumine : 0,30 ;

R de Pandy : positive ;

R. de Weichbradt : positive ;

Leucocytes : 7 leucocytes par mm³ ;

R. du benjoin : 12201.12220.00000 ;

Elixir parégorique : 00-0 ;

B.-Wassermann : H⁸ ;

R. de Meinicke : négative.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les caractères généraux de ce syndrome neuropsychique permettent d'affirmer qu'il s'agit bien d'une maladie infectieuse à détermination névrauxique prédominant sur l'encéphale.

Des recherches expérimentales qui ont été entreprises par MM. Targowla et Mutermilch n'ont donné que de minimes résultats. Nous rappellerons cependant que le spirochète décrit par certains auteurs dans le liquide céphalo-rachidien dans certains cas de sclérose en plaques n'a pu être retrouvé : les inoculations de ce liquide à l'animal (cobaye, lapin, singe) sont restés sans résultat. Toutefois le mucus pharyngé prélevé dans un cas au début de l'évolution a été inoculé dans le cerveau directement de trois singes après filtration sur bougie. L'un des animaux est mort ; l'examen anatomique n'a révélé aucune lésion cérébrale. Par contre il existait une réaction inflammatoire assez marquée dans le corps thyroïde. Il semble qu'il y ait lieu de rapprocher cette constatation expérimentale de la réaction thyroïdienne observée chez les malades.

M. Targowla avait rapproché la névrauxite disséminée à forme anxieuse, de certains cas de sclérose

en plaques frustes au début ayant pour la plupart une évolution abortive. Il s'était basé, pour faire ce rapprochement, sur la symptomatologie neurologique et l'allure évolutive de ces symptômes identiques à celles qu'on a décrites dans la sclérose en plaques (Barré). La plupart de ces cas constituaient d'ailleurs des formes abortives de sclérose en plaques. A l'appui de cette manière de voir viennent les cas nombreux de scléroses en plaques à début anxieux, et les faits récemment publiés tels que ceux de Giordano-Lévi. S'opposant à cette conception, M. Euzière et ses collaborateurs considèrent la névraxite disséminée à forme anxieuse comme une forme clinique de l'encéphalite épidémique (maladie de Cruchet). Il considère que tous les symptômes de l'affection peuvent être provoqués par le virus encéphalitique.

Par ailleurs la névraxite disséminée à forme anxieuse présente de nombreux points communs avec le rhumatisme articulaire aigu (angine, thyroïdite, pâleur, anémie, réaction leucocytaire, action du salicylate de soude), et les complications cérébrales de la maladie de Bouillaud se manifestent presque toujours par un syndrome pur ou compliqué.

En résumé, si l'encéphalite épidémique est susceptible de produire des manifestations réalisant le tableau clinique de la névraxite disséminée à forme anxieuse, il n'est pas douteux que celle-ci soit dans certains cas liée à la sclérose en plaques.

D'autre part, si l'on se place au point de vue de la

pathologie générale, on est frappé de la ressemblance de cette affection avec des maladies infectieuses à germe inconnu, spécialement le rhumatisme articulaire aigu. L'ignorance complète où nous sommes actuellement sur la nature du virus de ces diverses entités morbides, ne permet pas d'affirmer qu'il existe un lien direct entre la névraxite disséminée à forme anxieuse, et les grandes maladies que nous venons de nommer. On ne peut actuellement que se tenir sur le terrain de la description clinique, en envisageant simplement l'hypothèse de l'autonomie de la névraxite anxieuse ou de son rattachement soit à l'encéphalite épidémique, soit à la sclérose en plaques.

DIAGNOSTIC

Les malades sont avant tout des malades mentaux, et ils présentent un syndrome psycho-somatique commun constituant une véritable « maladie mentale ».

Inhibés ou excités, ils sont anxieux, très pâles et présentent des symptômes plus ou moins marqués d'hyperthyroïdie. C'est là ce qui frappe d'abord. On observe ensuite les troubles oniriques, le fond sub-confusionnel ou dépressif, les signes sanguins et fonctionnels. Mais ce sont les symptômes nerveux seuls qui permettent de confirmer le diagnostic ; les altérations des réflexes cutanés et tendineo-osseux, la rougeur ou l'hyperhémie de la papille, les petits signes cérébello-labyrinthiques, parfois pyramidaux, les altérations du liquide céphalo-rachidien quand elles existent déjà suppléent au nystagmus, à l'épreuve calorique de Barany si, par exception, elles manquent momentanément. Ces symptômes sont d'ailleurs variables, peuvent s'atténuer ou disparaître passagèrement, être remplacés par d'autres au cours de l'évolution qui manquent parfois au premier examen.

Lorsque le syndrome mental est atypique (dépres-

sion, état obsédant ou délirant), le diagnostic se base encore sur ces signes neurologiques.

Les éléments principaux du diagnostic sont : anxiété, anémie, hyperthyroïdie, troubles de l'équilibre, modification des réflexes. Au point de vue différentiel, on éliminera tout d'abord les syndromes confusionnels, oniriques, et, d'une façon générale, les psychopathies toxi-infectieuses de causes diverses, les formes dépressives et anxieuses des psychoses périodiques banales ou symptomatiques, les états obsessionnels, psychasthéniques et neurasthéniques. Il faudra distinguer également les accidents nerveux et mentaux liés aux anémies graves, à la maladie de Basedow. Deux grandes affections à déterminations nerveuses doivent encore être envisagées : la syphilis et l'encéphalite épidémique.

Le diagnostic est aisé, lorsque l'infection tréponémique ne peut être décelée dans les antécédents, que la réaction de fixation est négative avec le sang et le liquide céphalo-rachidien. Il en est autrement, lorsqu'on peut soupçonner la syphilis ; généralement celle-ci ne réalise que très transitoirement le syndrome de la sclérose en plaques et, outre la réaction de Bordet-Wassermann, le diagnostic s'affirme rapidement. Mais le nombre des syphilis nerveuses latentes ou frustes, des paralysies générales au stade présymptomatique que mettent en lumière des accidents psychopathiques est bien plus considérable qu'on ne l'admet généralement. Elles sont quelquefois faiblement évolutives et le syndrome humoral même

est atypique. En faisant la réactivation, l'épreuve du traitement, on peut résoudre habituellement le diagnostic dans ces cas, ou affirmer la coexistence des deux affections.

Quant au diagnostic différentiel avec l'encéphalite épidémique, il se pose dans certains cas. Le regard fixe et brillant, la lenteur des mouvements et l'apparence comme gênée des malades, les phénomènes vaso moteurs, le léger tremblement, la parésie de la convergence qui n'est pas rare, l'augmentation du glucose rachidien à laquelle certains cliniciens attachent de la valeur, font penser à un syndrome parkinsonien. Les modifications particulières des réflexes, le nystagmus, les petits signes de déséquilibre, éventuellement les réactions du liquide cérébro-spinal, orienteront vers la sclérose en plaques. La question se pose d'ailleurs de la parenté des deux affections, au point de vue causal. L'hypothèse en a été émise d'abord par MM. Claude et Schaeffer ; elle a été reprise par MM. Targowla et de Massary, mais les connaissances actuelles n'ont pas encore permis de la résoudre.

Enfin, ce syndrome ne doit pas être confondu avec la sclérose en plaques accompagnée de troubles psychiques ; ceux-ci surviennent comme complication au cours d'une maladie avérée.

TRAITEMENT

Les réactions suicides, les impulsions demandent une surveillance continue et attentive, sinon l'internement, de même que le refus d'aliments, l'emploi éventuel de la sonde œsophagienne. On s'efforcera de calmer l'éréthisme psychique des malades à l'aide du gardénal ou du luminal, par voie sous-cutanée ou *per os*, en l'associant à la belladone, au tartrate d'ergotamine, à la teinture de crataegus et de passiflore qui exercent une action sédatrice sur l'hyperexcitabilité sympathique. Un régime hypotoxique, des boissons abondantes, le calomel à doses réfractées, le sulfate de soude en faible quantité agiront sur le foie et le tube digestif en facilitant la dépuración de l'organisme. Si le syndrome hyperthyroïdien est très accentué, on pourra adjoindre à cette médication de l'hypophyse ou de l'extrait thyroïdien à petites doses.

Au point de vue symptomatique nous signalerons encore particulièrement l'action sédatrice des sels de calcium (chlorure, glyconate) sur l'anxiété, à condition qu'ils soient employés par voie veineuse.

Au point de vue étiologique, le salicylate de soude en injections intraveineuses a donné de bons résul-

tats, associé à l'uroformine ou à ses dérivés, soit en injections sous-cutanées soit en injections intraveineuses. Le salicylate de soude peut être injecté en raison de 20 cc. de la solution au dixième en milieu glucosé. Ces injections peuvent être longtemps prolongées sans inconvénient, elles ne déterminent aucun accident. L'élimination du salicylate se fait en six ou huit heures. Dans les cas où il y a une atteinte hépato-rénale, l'élimination est un peu plus lente, elle est cyclique et atteint son maximum vers la dixième ou la douzième heure. On n'a enregistré aucun trouble dû au salicylate (vertiges, bourdonnement d'oreilles, surdité, albuminose, etc.). Les résultats donnés par cette méthode ont été environ 60 % des cas traités, et dans les cas où le syndrome de la névraxite anxieuse disséminée était typique, il n'a été enregistré que 5 succès sur 29 cas. C'est parfois dès la seconde ou la troisième injection, souvent entre la cinquième et la dixième, mais parfois beaucoup plus tard que l'action du traitement se fait sentir. L'agitation s'atténue, les idées délirantes sont moins actives, le malade se laisse plus facilement examiner, apprécie son amélioration et parfois même réclame spontanément sa « piqûre ». Le traitement doit être prolongé un temps suffisant après l'amélioration apparente, car dans certains cas où le traitement avait été supprimé prématurément, une rechute s'est produite.

Cette action remarquable de la thérapeutique salicylée apporte un élément de preuve à la nature

infectieuse de la névraxite disséminée à forme anxieuse.

Il peut être utilement complété par un traitement arsenical qui facilite la convalescence, en particulier lorsque domine un état dépressif.

CONCLUSIONS

Il nous paraît que l'on peut isoler de la masse des troubles mentaux un syndrome psycho-somatique lié à une atteinte toxi-infectieuse particulière du névraxe et constitué :

1^o Par un état anxieux et délirant associé généralement à des symptômes de dépression mélancolique ou d'onirisme avec confusion légère; dans certains cas, un état dépressif, obsessionnel, délirant, domine le tableau-clinique. La stupeur, l'asthénie psychique et musculaire, un type de folie à double forme peuvent s'observer ;

2^o Par un syndrome fruste rappelant la sclérose en plaques dont les premières manifestations apparaissent habituellement au cours des accidents psychopathiques. Les cas anciens s'accompagnent parfois des altérations du liquide céphalo-rachidien caractéristiques de cette affection ;

3^o Par des syndromes fonctionnels et généraux, notamment la fièvre initiale, inconstante et légère, des modifications sanguines et urinaires, un syndrome anémique, des manifestations d'hyperthyroï-

die et de déséquilibre sympathique, la céphalée, l'asthénie.

Les troubles psychiques sont prédominants.

Il est possible de fixer comme point de départ à ce syndrome un état infectieux mal déterminé et passé à peu près inaperçu (grippe, angine, coryza).

Les accidents de la phase aiguë sont précédés de prodromes vagues durant trois semaines et s'aggravant progressivement.

La marche de l'accès se fait par poussées, avec des intervalles d'accalmie relative. La guérison est la règle, avec persistance fréquente des symptômes plus ou moins atténués de l'atteinte disséminée du névraxe. Des accès analogues peuvent se reproduire à intervalles plus ou moins éloignés ; le passage à l'état chronique peut également s'observer, soit sous forme de syndromes mentaux, soit sous forme de syndromes neurologiques.

L'ensemble de ces caractères semble permettre de considérer la névraxite disséminée à forme anxieuse comme liée à une atteinte toxi-infectieuse du système nerveux.

Le mode d'invasion qui se caractérise en dehors des troubles subjectifs par l'hyperhémie papillaire, le nystagmus et les petits signes labyrinthiques, ultérieurement par le développement des autres manifestations cérébellopyramidales, autorise à rapprocher ce syndrome de certains cas qui ont été décrits comme des scléroses en plaques frustes au début.

Au point de vue thérapeutique on aura recours à l'association d'un traitement symptomatique et d'un traitement étiologique basé sur la notion de maladie infectieuse.

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu : le Président de la thèse,
H. CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- ANTHEAUME. — Les Psychoses Périodiques (Rapport au XVII^e Congrès des médecins aliénistes de France. Genève, août 1907. Paris, Masson, 1907).
- BALLET (G.). — Traité des Maladies Mentales. Paris Doin, 1903.
- BRISSAUD. — De l'anxiété paroxystique (*Sem. méd.*, 1890, p. 410 et *Revue Neurologique*, 1902, p. 702).
- CLAUDE (H.) et TARGOWLA (R.). — Sclérose en plaques et troubles mentaux chez une syphilitique. Le syndrome humoral. Echec du traitement. (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. Séance du 23 janvier 1925, t. XLIX, n^o 3).
- DEVAUX et LAGRE. — Les Anxieux. Paris, Masson, 1917.
- ESQUIROL. — Des maladies mentales. Paris, J.-B. Baillière, 1838, 2 vol.
- FLEURY (M. de). — L'Angoisse Humaine. Paris, Les Editions de France, 1929.
- SIGMUND FREUD. — Über die Berücksichtigung, von der Neurasthénie einen bestimmten Symptomenkomplex als « Angstneurose » abzutrennen (*Neurologisches Centralblatt herausgegeben von Prof. E. Mendel zu Berlin*, 15 janvier 1895).
- GIORDANO (C.) et LÉVI (L.). — Considérations sur un cas de névraxite anxieuse disséminée (*Revista di Neurologia*, déc. 1928).
- HECKEL (F.). — La Névrose d'Angoisse. Paris, Masson, 1907.

JANET (P.). — De l'Angoisse à l'Extase. Paris, Alcan, 1926-1928, 2 vol.

KRAEPELIN. — Psychiatrie. Ein Lehrbuch (Soc. Auflage-Leipzig, Barth, 1909-1915, 4 vol.).

LAIGNEL-LAVASTINE. — Sympathique et Névroses (*Journal des Praticiens*, 22 oct. 1927, p. 692).

LALANNE (G.). — Des états anxieux dans les maladies mentales (Rapport au XII^e Congrès des médecins aliénistes. Grenoble, août 1902).

LONGE (P.). — L'Angoisse (*Revue de Médecine*, 1902, p. 704 et 868).

OMBREDANE (A.). — Sur les troubles mentaux de la sclérose en plaques. Thèse Paris, 1929.

RÉGIS. — Précis de Psychiatrie. Paris, Librairie A. Doin, 1923, 6^e édition.

TARGOWLA (R.). — Sclérose en plaques fruste à début mental (*Encéphale*, n^o 3, 1927).

TARGOWLA (R.) et SERIN (Mlle S.). — Sur une névraxite infectieuse, épidémique. La névraxite disséminée à forme anxieuse (*La Pratique Médicale*, juillet 1927, p. 323).

TARGOWLA (R.), SERIN (Mlle S.) et OMBREDANE (A.). — Le salicylate de soude intraveineux dans le traitement des psychoses (*La Pratique Médicale Française*, nov. 1928, p. 500).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE PREMIER. — Définition.....	9
CHAPITRE II. — Historique.....	11
CHAPITRE III. — Etude clinique.....	19
CHAPITRE IV. — Evolution.....	57
CHAPITRE V. — Etiologie et Pathogénie.....	75
CHAPITRE VI. — Diagnostic.....	78
CHAPITRE VII. — Traitement.....	81
CHAPITRE VIII. — Conclusions.....	84

